



An Anthem Company

# Lista abierta de medicamentos tradicional

## Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de tres niveles

Tu beneficio de recetas viene con una lista de medicamentos, también llamada formulario. Esta lista está compuesta por medicamentos recetados de marca y genéricos, que están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food & Drug Administration, FDA) de los EE. UU.

Estos son algunos aspectos que debes tener en cuenta:

- Tú y tu médico pueden usarla como guía para elegir los mejores medicamentos para ti. Es posible que tu plan no cubra los medicamentos que no se encuentran en esta lista y que debas pagar un costo extra.
- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas reglas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. Para obtener más información, mira tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan al iniciar sesión en [empireblue.com](http://empireblue.com) y acceder a **My Plan ->Benefits-> Plan Documents (Mi plan ->Beneficios-> Documentos de plan)**.
- Para ayudarte a ver cómo funciona la lista de medicamentos con tu beneficio de medicamentos, hemos incluido algunas preguntas frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) sobre cómo está hecha la lista y qué hacer si un medicamento que tomas no se encuentra en ella.
- Este folleto se actualiza trimestralmente. Para ver la lista más actualizada de medicamentos de su plan (incluidos los medicamentos que se han agregado, medicamentos genéricos y más), visite [empireblue.com/pharmacyinformation](http://empireblue.com/pharmacyinformation).

Si tienes preguntas acerca de los beneficios de farmacia, estamos aquí para ayudarte. Llámanos al número de Servicios para Afiliados que aparece en tu tarjeta de identificación.

## **Lista abierta de medicamentos tradicional**

### **¿Qué es una lista de medicamentos?**

La lista de medicamentos (a veces llamada formulario) es una lista de los medicamentos recetados que cubre tu plan. Incluye cientos de medicamentos de marca y genéricos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food & Drug Administration, FDA) de los EE. UU.

### **¿Es una lista completa de todos los medicamentos cubiertos?**

Sí, es una lista completa de todos los medicamentos de la lista de medicamentos. Sin embargo, es posible que haya medicamentos en esta lista que no estén cubiertos por tu plan. Esto depende del diseño del plan. Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo que significa que existen ciertas condiciones que determinan qué cubre tu plan y qué no. Para saber más, lee tu Certificado/Evidencia de Cobertura o el Resumen de la Descripción del Plan, que recibiste cuando te inscribiste en el plan.

### **¿Cómo busco un medicamento en la lista?**

Los medicamentos se encuentran en orden alfabético según el nombre de la clase de medicamento, también llamada clase terapéutica. Puedes buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

- Nombre del medicamento: presiona las teclas Ctrl+F; luego, escribe el nombre del medicamento que estás buscando.
- Clase de medicamento, mirando las categorías que aparecen en orden alfabético.

La columna de notas indica si necesitas aprobación para tomar el medicamento (llamada autorización previa o PA), o si necesitas probar primero otros medicamentos para tu tratamiento (lo que se llama terapia escalonada o ST).

### **Cuando busco en la lista, veo que cada medicamento se encuentra en un nivel. ¿Para qué son estos niveles?**

La lista de medicamentos está preparada en niveles. Asignamos los medicamentos a diferentes niveles según su eficacia para mejorar la salud, si existen opciones de venta libre (OTC) y sus costos en comparación con otros medicamentos que se usan para el mismo tipo de tratamiento. La distribución de costos depende del nivel en que se encuentre ese medicamento. Cuanto más bajo sea el nivel, más baja será la distribución de costos (la parte que debes pagar del costo de un medicamento). Esta es una explicación de los niveles de tu plan:

- Los medicamentos del nivel 1 tienen la distribución de costos más baja para ti. En general, son medicamentos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferida, según su eficacia para mejorar la salud y el costo en comparación con otros medicamentos que se usan para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos genéricos y de marca que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección. Además, el nivel 3 puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados que se utilizan para tratar afecciones crónicas complejas, y pueden requerir una administración especial.

### **¿Cómo sabré el precio de mi medicamento?**

Puedes acceder en línea y, con la herramienta de precios de medicamentos (Price a Medication Tool), obtener los precios específicos de varias farmacias minoristas locales con tu código postal.

## **Si mi medicamento no se encuentra en la lista, ¿qué opciones tengo?**

Estas son algunas cosas que debes tener en cuenta:

- Si deseas tomar un medicamento que no se encuentra en la lista, es posible que debas pagar su costo total.
- También puedes hablar con tu médico o farmacéutico para saber si existe otro medicamento cubierto por tu plan que produzca los mismos resultados, o si existen medicamentos genéricos u OTC alternativos. Solo tú y tu médico pueden decidir cuáles son los medicamentos adecuados para ti.
- Puedes buscar medicamentos genéricos en [empireblue.com](http://empireblue.com). La lista no incluye medicamentos OTC.
- Si un medicamento que están tomando no está cubierto, tu médico puede pedirnos que modifiquemos la cobertura. Este proceso se denomina aprobación o autorización previa. Tu médico puede iniciar el proceso; para eso, se debe llamar al número de Servicios para Afiliados que se encuentra en el dorso de tu tarjeta de identificación, o descargar un formulario de autorización previa de nuestro sitio web y enviarlo. Si se aprueba tu solicitud, la cantidad que pagues por el medicamento dependerá del beneficio de tu plan.

## **¿Quién decide qué medicamentos incluirá la lista?**

Los medicamentos que se encuentran en la lista son producto de nuestro proceso de revisión de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales independientes del cuidado de la salud decide qué medicamentos incluirán las listas. Este grupo se reúne con frecuencia para considerar medicamentos nuevos y existentes, y recomienda los medicamentos basándose en su seguridad, eficacia y conveniencia en términos económicos para los afiliados.

## **¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos de marca y los genéricos?**

Los medicamentos de marca están aprobados por la FDA y suelen estar disponibles a través de un solo fabricante. Pueden estar protegidos por una patente, lo que significa que solo la empresa propietaria de esa patente puede producirlos y venderlos.

Los medicamentos genéricos también están aprobados por la FDA y contienen los mismos principios activos que sus equivalentes de marca. Sin embargo, los medicamentos genéricos suelen estar disponibles solo después de que caduca la patente del medicamento de marca. Pueden tener un aspecto diferente, pero los medicamentos genéricos funcionan de la misma manera que el medicamento equivalente de marca.

## **Recursos de farmacia en línea**

Obtén la información de cobertura más actualizada sobre tu lista de medicamentos, incluidos los detalles sobre los precios de tus medicamentos de marca y genéricos, opciones de dosis/potencia y mucho más, al iniciar sesión en [empireblue.com](http://empireblue.com).

## **¿La lista de medicamentos cambia? ¿Cómo me entero si es así?**

Los medicamentos de la lista se revisan con frecuencia. En ocasiones, se agregan o eliminan medicamentos, o se modifica el nivel al que pertenecen. Te avisaremos si un medicamento que tomas se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que tomas cambia de nivel.

Siempre puedes consultar la lista de medicamentos para verificar que la lista aún incluye los medicamentos que tomas. Encontrarás la lista de medicamentos más actualizada tras iniciar sesión en [empireblue.com](http://empireblue.com).

## **¿Mi plan cubre medicamentos preventivos?**

Cubrimos medicamentos de cuidado preventivo sin costo compartido en cumplimiento con la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA).

Sobre analgésicos opioides. La distribución de costos para los afiliados de ciertos analgésicos opioides que previenen el abuso puede ser más baja en algunos estados debido a ciertas leyes vigentes en ellos. Los analgésicos opioides son medicamentos para disminuir el dolor. En respuesta a la crisis global relativa a los opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. alienta a los fabricantes a desarrollar opioides con propiedades que apunten a prevenir su abuso o uso indebido.

Se pueden excluir medicamentos de la lista según cuál sea el diseño del beneficio del plan.

## **REFERENCIAS**

Estos son algunos términos y notas que encontrarás en la lista de medicamentos.

Los nombres de los medicamentos de marca están en **MAYÚSCULAS** y en **negrita**.

Los medicamentos genéricos están en minúsculas, sin formato.

**\$0** = medicamentos preventivos. Para algunos afiliados, este producto podría cubrirse al 100 % sin distribución de costos, con una receta de tu proveedor, en caso de que se cumplan criterios especificados.

**DO** = optimización de dosis. En general, esto significa que quizás se deba pasar de tomar un medicamento dos veces por día a una vez por día, pero con una concentración mayor.

**LD** = distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles solo en ciertas farmacias o distribuidores mayoristas, según qué decida el fabricante.

**PA** = autorización previa. Es posible que el afiliado deba obtener una aprobación de los beneficios para poder recibir los medicamentos de ciertas recetas.

**QL** = límites de cantidad. Existen límites para la cantidad que se puede recibir del medicamento cubierto dentro de cierto periodo.

**SP** = medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones de salud complejas a largo plazo. Es posible que estos medicamentos solo estén disponibles en farmacias especializadas.

**ST** = terapia escalonada. Es posible que se deba tomar otro medicamento recomendado antes de un medicamento cubierto.

## Lista Tradicional de Medicamentos

### Tres Niveles

#### Table of Contents

AGENTES ANORRECTALES .....	7
AGENTES ANSOLÍTICOS .....	7
AGENTES ANTIANGINOSOS .....	8
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES .....	8
AGENTES ANTHINFECCIOSOS VARIOS .....	12
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS .....	15
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS .....	15
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES .....	15
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS .....	15
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS .....	19
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA .....	22
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO .....	21
AGENTES DERMATOLÓGICOS .....	23
AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS .....	34
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS .....	34
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS .....	40
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS .....	43
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS .....	45
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS .....	49
AGENTES HEMOSTÁTICOS .....	52
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS .....	53
AGENTES NEUROMUSCULARES .....	54
AGENTES OFTÁLMICOS .....	55
AGENTES ÓTICOS .....	61
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES .....	62
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR .....	63
AGENTES PARA LA GOTA .....	64
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS .....	64
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS .....	70
AGENTES TIROIDEOS .....	71
AMEBICIDAS .....	71
AMINOGLUCÓSIDOS .....	72
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS .....	72
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS .....	77
ANALGÉSICOS - OPIOIDES .....	78
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS .....	81
ANESTÉSICOS GENERALES .....	82
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES .....	83
ANTIARRÍTMICOS .....	84
ANTICOAGULANTES .....	84
ANTICONCEPTIVOS .....	86
ANTICONVULSIVOS .....	89
ANTIDEPRESIVOS .....	93
ANTIDIABÉTICOS .....	96
ANTIDIARRÉICOS .....	102
ANTÍDOTOS .....	102
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS .....	102
ANTIEMÉTICOS .....	103
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS .....	104
ANTIHELMÍNTICOS .....	105
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS .....	105
ANTIHIPERTENSIVOS .....	108
ANTIHISTAMÍNICOS .....	112
ANTIMICÓTICOS .....	113
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS .....	114
ANTIPALÚDICOS .....	128
ANTIPARKINSONIANOS .....	129
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS .....	128

<b>ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES</b>	130
<b>ANTIVIRALES</b>	130
<b>BETABLOQUEADORES</b>	134
<b>BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO</b>	136
<b>CARDIOTÓNICOS</b>	138
<b>CEFALOSPORINAS</b>	138
<b>CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS</b>	140
<b>CLASES VARIADAS</b>	142
<b>CORTICOESTEROIDES</b>	143
<b>DISPOSITIVOS MÉDICOS</b>	145
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>	152
<b>DIURÉTICOS</b>	160
<b>ESTRÓGENOS</b>	161
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS</b>	162
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>	163
<b>HIPNÓTICOS</b>	164
<b>HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>	163
<b>LAXANTES</b>	165
<b>MACRÓLIDOS</b>	167
<b>MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA</b>	168
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS</b>	169
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS</b>	169
<b>MINERALES Y ELECTROLITOS</b>	171
<b>MULTIVITAMINAS</b>	174
<b>NUTRIENTES</b>	181
<b>OXITÓCICOS</b>	182
<b>PENICILINAS</b>	182
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS</b>	183
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	183
<b>PRODUCTOS DIGESTIVOS</b>	188
<b>PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS</b>	188
<b>PRODUCTOS VAGINALES</b>	190
<b>PROGESTINAS</b>	190
<b>SULFONAMIDAS</b>	191
<b>TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS</b>	191
<b>TETRACICLINAS</b>	195
<b>TOXOIDES</b>	196
<b>VACUNAS</b>	196
<b>VASOPRESORES</b>	199
<b>VITAMINAS</b>	200

Tres Niveles

CURRENT AS OF 2/1/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>AGENTES ANORRECTALES</b>		
<b>AGENTES VASODILATADORES DE NITRATOS</b>		
<b>RECTIV RECTAL OINTMENT</b>	3	QL
<b>ANESTÉSICOS/ESTEROIDES RECTALES</b>		
<b>ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM</b>	3	
<b>ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION</b>	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
<b>PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM</b>	3	
<b>ESTEROIDES INTRARRECTALES</b>		
budesonide rectal foam	1 or 1b*	QL
<b>CORTENEMA RECTAL ENEMA</b>	3	
<b>CORTIFOAM EXTERNAL FOAM</b>	3	QL
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
<b>UCERIS RECTAL FOAM</b>	3	QL
<b>ESTEROIDES RECTALES</b>		
<b>ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM</b>	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
<b>PROCTOCORT EXTERNAL CREAM</b>	3	
procto-med hc external cream	1 or 1b*	
procosol hc external cream	1 or 1b*	
proctozone-hc external cream	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>AGENTES ANSIOLÍTICOS</b>		
<b>AGENTES ANSIOLÍTICOS VARIOS</b>		
buspirone hcl oral tablet	1 or 1b*	
droperidol injection solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
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	
<b>VISTARIL ORAL CAPSULE 25 MG</b>	3	
<b>BENZODIAZEPINAS</b>		
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL
<b>ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE</b>	3	QL
alprazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
alprazolam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL
<b>ATIVAN INJECTION SOLUTION</b>	3	
<b>ATIVAN ORAL TABLET</b>	3	QL
chlordiazepoxide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
clorazepate dipotassium oral tablet	1 or 1b*	QL
diazepam injection solution 10 mg/2ml	1 or 1a*	
diazepam intensol oral concentrate	1 or 1a*	QL
diazepam oral concentrate	1 or 1a*	QL
diazepam oral solution 5 mg/5ml	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
diazepam oral tablet	1 or 1a*	QL	<b>NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR</b>	3	
lorazepam injection solution	1 or 1b*		<b>NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR</b>	2	
lorazepam intensol oral concentrate	1 or 1b*	QL	nitroglycerin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	QL	<b>NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
lorazepam oral tablet	1 or 1b*	QL	nitroglycerin sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	
<b>LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG, 1.5 MG</b>	3	ST; DO	nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	
<b>LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG</b>	3	ST; QL	nitroglycerin translingual solution	1 or 1b*	
oxazepam oral capsule	1 or 1b*	QL	<b>NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION</b>	3	
<b>VALIUM ORAL TABLET</b>	3	QL	<b>NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</b>	3	
<b>XANAX ORAL TABLET</b>	3	QL	<b>AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES</b>		
<b>XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG</b>	3	DO	<b>*THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS***</b>		
<b>XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG</b>	3	QL	<b>TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS</b>			<b>TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS - OTRO</b>			<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS</b>		
<b>ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET</b>	3	PA; QL	cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL			
<b>NITRATOS</b>					
<b>ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET</b>	3				
isosorbide dinitrate oral tablet	1 or 1b*				
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*				
isosorbide mononitrate oral tablet	1 or 1b*				
<b>NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT</b>	3				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG1 KAPPA)</b>					
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP	XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP	<b>BETA AGONISTAS</b>		
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act	1 or 1b*	QL
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP	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
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG4 KAPPA)</b>					
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*	
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LEUCOTRIENO</b>			albuterol sulfate oral tablet	1 or 1b*	
ACCOLATE ORAL TABLET	3	QL	arformoterol tartrate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL	<b>BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION</b>	3	QL
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL	formoterol fumarate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL	isoproterenol hcl injection solution	1 or 1b*	
SINGULAIR ORAL PACKET	3	QL	levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	1 or 1b*	QL
SINGULAIR ORAL TABLET	3	QL	levalbuterol tartrate inhalation aerosol	1 or 1b*	ST; QL
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE	3	QL	<b>PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION</b>	3	QL
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>PROAIR DIGITALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT</b>	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	2	QL	COMBINACIÓN DE ADRENÉRGICOS		
PROVENTIL HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	3	ST; QL
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	2	QL	ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL	3	ST; QL
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL	AIRDUO DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL
terbutaline sulfate injection solution	1 or 1b*		AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL
terbutaline sulfate oral tablet	1 or 1b*		AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL	3	ST; QL	AIRSUPRA INHALATION AEROSOL	3	PA; QL
BRONCODILATADORES - ANTICOLINÉRGICOS			ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	2	QL
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	2	QL	BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL	3	ST; QL
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	3	ST; QL	BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	2	QL
ipratropium bromide inhalation solution	1 or 1b*	QL	BREYNA INHALATION AEROSOL	1 or 1b*	QL
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE	2	QL	BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL	2	QL
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	2	QL	budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol	1 or 1b*	QL
tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule	1 or 1b*	QL	COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	2	QL
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACT	3	ST; QL			
YUPELRI INHALATION SOLUTION	3	ST; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL	ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	ST; QL
DULERA INHALATION AEROSOL	3	ST; QL	ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	ST; QL
fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated 100-25 mcg/act, 200-25 mcg/act	1 or 1b*	QL	ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	3	ST; QL
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol	1 or 1b*	QL	ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT	3	ST; QL
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act, 55-14 mcg/act	1 or 1b*	QL	ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL	3	ST; QL
ipratropium-albuterol inhalation solution	1 or 1b*	QL	budesonide inhalation suspension	1 or 1b*	QL
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	2	QL	fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL
SYMBICORT INHALATION AEROSOL	3	ST; QL	fluticasone propionate hfa inhalation aerosol	1 or 1b*	QL
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	2	QL	PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL
wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act	1 or 1b*	QL	PULMICORT INHALATION SUSPENSION	3	QL
<b>INHALANTES DE ESTEROIDES</b>			QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED	2	QL
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	<b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOOXYGENASA</b>		
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	ST; QL	zileuton er oral tablet extended release 12 hour	3	PA; QL
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	2	QL	ZYFLO ORAL TABLET	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) SELECTIVOS</b>		
DALIRESP ORAL TABLET	3	PA; QL
roflumilast oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
<b>XANTINAS</b>		
aminophylline intravenous solution	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR	1 or 1b*	QL
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	QL
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, 450 mg	1 or 1b*	QL
theophylline er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
theophylline oral elixir	1 or 1b*	QL
theophylline oral solution	1 or 1b*	QL
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
<b>*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS**</b>		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<b>*URINARY ANTI-INFECTIVES***</b>		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET	3	
MACROBID ORAL CAPSULE	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE	3	
methenamine hippurate oral tablet	1 or 1b*	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml	3	
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES</b>		
BACTRIM DS ORAL TABLET	3	
BACTRIM ORAL TABLET	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution	1 or 1b*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	1 or 1a*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
sulfatrim pediatric oral suspension	1 or 1a*	
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL
FLAGYL ORAL CAPSULE	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE	3	PA; QL
LIKMEZ ORAL SUSPENSION	3	PA
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/100ML	1 or 1b*	
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
pentamidine isethionate injection solution reconstituted	1 or 1b*		<b>PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500-500 MG</b>	3	
tinidazole oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>RECARBRIOD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>TRIMETHOPRIM ORAL TABLET</b>	1 or 1a*		<b>VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>XIFAXAN ORAL TABLET</b>	3	PA; QL	<b>GLUCOPÉPTIDOS</b>		
<b>AGENTES ANTIPROTOZOARIOS</b>			<b>DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	QL	<b>FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; QL
<b>ALINIA ORAL TABLET</b>	3	QL	<b>KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
atovaquone oral suspension	1 or 1b*		<b>ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>LAMPIT ORAL TABLET</b>	3		<b>VANCOCIN ORAL CAPSULE</b>	3	PA; QL
<b>MEPRON ORAL SUSPENSION</b>	3		<b>VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%, 500-5 MG/100ML-%, 750-5 MG/150ML-%</b>	3	QL
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%, 500-0.9 MG/100ML-%</b>	3	QL
<b>AGENTES LEPROSTÁTICOS</b>			<b>VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 1250 MG/250ML, 1500 MG/300ML, 1750 MG/350ML, 2000 MG/400ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML</b>	3	QL
dapsone oral tablet	1 or 1b*				
<b>CARBAPENEMAS</b>					
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*				
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*				
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3				
<b>MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM/50ML, 500 MG/50ML</b>	3				
<b>CLORANFENICOLES</b>					
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*				
<b>COMBINACIONES DE CARBAPENEMAS</b>					
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 100 gm, 5 gm, 500 mg	1 or 1b*	QL	lincomycin hcl injection solution	1 or 1b*	
<b>VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM</b>	3	QL	<b>LIPOPÉPTIDOS CÍCLICOS</b>		
<b>VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 GM, 750 MG</b>	1 or 1b*	QL	<b>CUBICIN RF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
vancomycin hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL	<b>DAPTO MYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	1 or 1b*	
vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	PA; QL	daptomycin-sodium chloride intravenous solution	3	
<b>VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML</b>	1 or 1b*	PA; QL	<b>MONOBACTÁMICOS</b>		
<b>VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 750 MG</b>	3		<b>AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>LINCOSAMIDAS</b>			aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>CLEOCIN ORAL CAPSULE</b>	3		<b>CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	LD; QL; SP
<b>CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3		<b>OXAZOLIDONAS</b>		
<b>CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION</b>	3		linezolid in sodium chloride intravenous solution	3	
clindamycin hcl oral capsule	1 or 1b*		linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	1 or 1b*	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*		linezolid oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution	1 or 1b*		linezolid oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
<b>CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		<b>SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	1 or 1b*		<b>SIVEXTRO ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>LINCO CIN INJECTION SOLUTION</b>	3		<b>ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 600 MG/300ML</b>	3	
			<b>ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	PA; QL
			<b>ZYVOX ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
			<b>POLIMIXINAS</b>		
			colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/CO LINÉRGICOS		
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/CO LINÉRGICOS		
FIRDAPSE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
MESTINON ORAL TABLET	3	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/CO LINÉRGICOS		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MESTINON ORAL SOLUTION	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	1 or 1b*	
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	3	
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES		
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES		
cycloserine oral capsule	1 or 1b*	
ethambutol hcl oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
MYAMBUTOL ORAL TABLET 400 MG	3	
MYCOPUTIN ORAL CAPSULE	3	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET	2	
pyrazinamide oral tablet	1 or 1b*	
rifabutin oral capsule	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
rifampin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
rifampin oral capsule	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET	3	
TRECATOR ORAL TABLET	3	
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTI MANÍACOS		
AGENTES ANTIMANÍACOS		
lithium carbonate er oral tablet extended release	1 or 1a*	QL
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg	1 or 1a*	DO
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	DO
lithium oral solution	3	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	QL
ANTIPSORIÁSICOS - VARIOS		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	QL	INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG	3	ST; DO
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL	INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG, 9 MG	3	ST; QL
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG	3	ST; DO	INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	QL
GEODON ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	3	ST; QL	INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	3	QL
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 80 MG	3	QL	paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO
LATUDA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	3	DO	paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg, 9 mg	1 or 1b*	QL
lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL	PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	QL
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO	RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	2	QL
NUPLAZID ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	RISPERDAL ORAL SOLUTION	3	ST; QL
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	3	PA; LD; QL; SP	RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG	3	ST; DO	RISPERDAL ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	3	ST; QL
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG	3	ST; QL	risperidone oral solution	1 or 1b*	QL
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	ST; QL	risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO	risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	QL
ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL	risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	QL	risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	QL
<b>BENZISOXAZOLES</b>					
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	3	ST; DO			
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	3	ST; QL			
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET	3	ST; QL			
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER</b>	3	QL
<b>UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
<b>BENZODIACEPINAS</b>		
olanzapine intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	QL
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	DO
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL
<b>ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	QL
<b>ZYPREXA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG</b>	3	ST; DO
<b>ZYPREXA ORAL TABLET 15 MG, 20 MG</b>	3	ST; QL
<b>ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	QL
<b>ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG, 20 MG</b>	3	ST; QL
<b>BUTIROFENONAS</b>		
<b>HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION</b>	3	QL
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	QL
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	1 or 1b*	
haloperidol lactate oral concentrate	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
<b>DERIVADOS DE LAS QUINOLEÍNAS</b>		
<b>ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
<b>ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
<b>ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER</b>	3	QL
<b>ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG</b>	3	ST; QL
<b>ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG</b>	3	ST; QL
<b>ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>ABILIFY ORAL TABLET 20 MG, 30 MG</b>	3	ST; QL
aripiprazole oral solution	1 or 1b*	QL
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	QL
aripiprazole oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
<b>ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	3	QL
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 4 MG	3	ST; QL
<b>DIBENZODIACEPÍNICO S</b>		
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	DO
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
quetiapine fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	QL
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG	3	ST; DO
SEROQUEL ORAL TABLET 300 MG, 400 MG	3	ST; QL
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG	3	ST; DO
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG, 50 MG	3	ST; QL
<b>DIBENZODIAZEPINAS</b>		
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	3	QL
CLOZARIL ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	3	DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION	3	QL
<b>DIBENZOOXEPINO PIRROLES</b>		
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg	1 or 1b*	QL
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
<b>SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG</b>	3	ST; QL
<b>SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR</b>	3	ST; QL
<b>DIBENZOAZEPINAS</b>		
<b>ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED</b>	3	
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
loxapine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL
<b>DIHIDROINDOLONAS</b>		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
molindone hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL
<b>FENOTIAZINAS</b>		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	
<b>CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE</b>	1 or 1b*	QL
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL
compro rectal suppository	1 or 1b*	
fluphenazine decanoate injection solution	1 or 1b*	
fluphenazine hcl injection solution	1 or 1b*	
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	QL
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
perphenazine oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL
perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	1 or 1b*	
prochlorperazine maleate oral tablet	1 or 1a*	
prochlorperazine rectal suppository	1 or 1b*	
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
thioridazine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
<b>TIOXANTENOS</b>		
thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS</b>		
<b>*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS***</b>		
CAMZYOS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
<b>*CARDIOVASCULAR ANTI-INFLAMMATORY/IMMUNE MODULATORS***</b>		
LODOCORAL TABLET	3	PA; QL
<b>*CARDIOVASCULAR SGLT2 INHIBITORS**</b>		
INPEFA ORAL TABLET	3	PA; QL
<b>*TRANSTHYRETIN STABILIZERS***</b>		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)***</b>		
VERQUVO ORAL TABLET	3	PA; QL
<b>AGENTES SÉPTICOS - ABLACIÓN</b>		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION	3	
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO</b>		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL
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
<b>CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG</b>	3	QL
<b>CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG</b>	3	DO
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE NEPRISILINA (ARNI) - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
ENTRESTO ORAL TABLET	3	QL
<b>COMBINACIONES DE NITRATOS Y VASODILATADORES</b>		
BIDIL ORAL TABLET	3	QL
isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTA DEL RECEPTOR DE PROSTACICLINA</b>			<b>REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	PA; QL; SP
<b>UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL	<b>REVATIO ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP
<b>UPTRAVI ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	sildenafil citrate intravenous solution	1 or 1b*	PA; QL; SP
<b>UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	PA; LD; QL; SP	sildenafil citrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL; SP
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>			sildenafil citrate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL; SP
ambrisentan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	tadalafil (pah) oral tablet	1 or 1b*	PA; QL; SP
bosentan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	<b>TADLIQ ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; QL; SP
<b>LETAIRIS ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 SELECTIVO DEL GUANOSÍN MONOFOSFATO CÍCLICO (CGMP)</b>		
<b>OPSUMIT ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG</b>	3	PA
<b>TRACLEER ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>CIALIS ORAL TABLET 5 MG</b>	3	PA; QL
<b>TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE</b>	3	PA; LD; QL; SP	sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>			<b>STENDRA ORAL TABLET</b>	3	PA
<b>ADEMPAS ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA</b>			tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>ADCIRCA ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP	vardenafil hcl oral tablet	3	PA
alyq oral tablet	1 or 1b*	PA; QL; SP	vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
<b>LIQREV ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; QL; SP	<b>VIAGRA ORAL TABLET</b>	3	PA
<b>REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; QL; SP	<b>INHIBIDORES DEL NÓDULO SINUSAL</b>		
			<b>CORLANOR ORAL SOLUTION</b>	3	PA; QL
			<b>CORLANOR ORAL TABLET</b>	2	PA; QL
			<b>PROSTAGLANDINAS - AGENTES PARA LA IMPOTENCIA</b>		
			<b>CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT</b>	3	PA

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA	TYVASO REFILL INHALATION SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT	3	PA	TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
MUSE URETHRAL PELLET 1000 MCG, 250 MCG, 500 MCG	3	PA	VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
VASODILATADORES DE LA PROSTAGLANDINA			VENTAVIS INHALATION SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO		
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVIRALES		
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	3	PA; \$0; QL
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML	3	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	ANTICUERPOS MONOCLONALES BACTERIANOS		
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	PA; LD; SP	ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA
REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 20 MIG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML	3	PA; LD; SP	ANTITOXINAS - CONTRAVENENOS		
treprostinil injection solution	1 or 1b*	PA; LD; SP	ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG	3	PA; LD; QL; SP	ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER	3	PA; LD; QL; SP	ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYVASO INHALATION SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>SUEROS INMUNOLÓGICOS</b>			<b>CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/100ML</b>	3	PA; LD; SP	<b>CYTOGAM INTRAVENOUS INJECTABLE</b>	3	SP
<b>VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION</b>	3		<b>FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 0.5 GM/10ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/50ML</b>	3	PA; LD; SP
<b>AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA</b>			<b>GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE</b>	3	PA; LD; SP
<b>AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - COMBINACIONES</b>			<b>GAMMAGARD INJECTION SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT</b>	3	PA; LD; SP	<b>GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVIRALES</b>			<b>GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML</b>	3	PA; LD; SP
<b>BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML</b>	3	PA; \$0; QL	<b>GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML</b>	3	PA; LD; SP
<b>SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5ML</b>	3	PA; LD; SP	<b>GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>ANTITOXINAS - CONTRAVENENOS</b>			<b>HEPAGAM B INJECTION SOLUTION 312 UNIT/ML</b>	3	SP
<b>ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3		<b>HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 10 GM/50ML, 2 GM/10ML, 4 GM/20ML</b>	3	PA; LD; SP
<b>SUEROS INMUNOLÓGICOS</b>			<b>HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; SP
<b>ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP	<b>HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION 220 UNIT/ML</b>	3	LD; SP
<b>BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3				
<b>BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP			
<b>CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION 50000 UNIT/VIAL</b>	3				
<b>CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	LD; SP	<b>WINRHO SDF INJECTION SOLUTION 1500 UNIT/1.3ML, 15000 UNIT/13ML, 2500 UNIT/2.2ML</b>	3	QL; SP
<b>HYPERRAB INJECTION SOLUTION</b>	3	SP	<b>XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	LD; QL; SP	<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
<b>HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3		<b>*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS***</b>		
<b>IMOgam RABIES-HT INJECTION SOLUTION 300 UNIT/2ML</b>	3	SP	<b>LITFULO ORAL CAPSULE</b>	3	
<b>KEDRAB INJECTION SOLUTION</b>	3	SP	<b>*ANTIPSORIATIC COMBINATIONS***</b>		
<b>MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	LD; QL; SP	calsodore external kit	1 or 1b*	
<b>NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION 312 UNIT/ML</b>	3	LD; SP	<b>*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS***</b>		
<b>OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML</b>	3	PA; LD; SP	<b>CIBINQO ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP
<b>PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP	<b>OPZELURA EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP	<b>*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)***</b>		
<b>RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	LD; QL; SP	<b>SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT</b>	3	PA; LD; QL
<b>RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	LD; QL; SP	<b>*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL***</b>		
			<b>KLISYRI EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
			<b>AGENTES ALQUILANTES TÓPICOS</b>		
			<b>VALCHLOR EXTERNAL GEL</b>	3	PA; LD; QL
			<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - TÓPICOS</b>		
			diclofenac epolamine external patch	3	ST; QL
			diclofenac sodium external solution	3	ST; QL
			<b>FLECTOR EXTERNAL PATCH</b>	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR	3	ST; QL
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL
AGENTES DE MÁXIMO FRUNCIMIENTO (LÍNEAS GLABELARES)		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
AGENTES DE TERAPIA FOTODINÁMICA TÓPICOS		
AMELUZ EXTERNAL GEL	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
AGENTES PARA ARRUGAS FACIALES - RETINOIDES		
RENOVA EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
AGENTES PARA ROSÁcea		
azelaic acid external gel	1 or 1b*	QL
brimonidine tartrate external gel	1 or 1b*	QL
doxycycline oral capsule delayed release	3	ST; QL
FINACEA EXTERNAL FOAM	2	QL
FINACEA EXTERNAL GEL	3	ST; QL
ivermectin external cream	1 or 1b*	QL
METROCREAM EXTERNAL CREAM	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
METROGEL EXTERNAL GEL	3	ST; QL
METROLOTION EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
metronidazole external cream	1 or 1b*	QL
metronidazole external gel	1 or 1b*	QL
metronidazole external lotion	1 or 1b*	QL
MIRVASO EXTERNAL GEL	3	QL
NORITATE EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL
RHOFADE EXTERNAL CREAM	3	QL
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM	2	QL
ZILXI EXTERNAL FOAM	2	QL
AGENTES PARA VERRUGAS GENITALES EXTERNAS Y ANALES		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT	3	QL
AGENTES QUEROTOLÍTICOS/ANT IMICÓTICOS		
CONDYLOX EXTERNAL GEL	3	QL
podofilox external gel	1 or 1b*	QL
podofilox external solution	1 or 1b*	QL
SALYCIM EXTERNAL CREAM	3	
YCANTH EXTERNAL SOLUTION	3	PA; QL
AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS TÓPICOS		
bexarotene external gel	1 or 1b*	PA; QL; SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL	3	PA; QL; SP
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
glydo external prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine external patch 5 %	1 or 1b*	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
lidocaine hcl external solution	1 or 1b*	QL	sulfacetamide sodium (acne) external lotion	1 or 1b*	
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	1 or 1b*		<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
<b>LIDOCAN EXTERNAL PATCH</b>	1 or 1b*	PA; QL	<b>ALTABAX EXTERNAL OINTMENT</b>	2	QL
<b>LIDOCAN III EXTERNAL PATCH</b>	1 or 1b*	PA; QL	gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL
<b>LIDODERM EXTERNAL PATCH</b>	3	PA; QL	gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL
<b>ZTLIDO EXTERNAL PATCH</b>	3	PA; QL	mupirocin calcium external cream	3	ST; QL
<b>ANTIBIÓTICOS PARA EL ACNÉ</b>			mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL
<b>ACZONE EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL	<b>XEPI EXTERNAL CREAM</b>	3	QL
<b>AMZEEQ EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL	<b>ANTIMETABOLITOS ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS</b>		
<b>CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL	<b>CARAC EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
clindacin etz external swab	1 or 1b*	QL	<b>EFUDEX EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>CLINDACIN EXTERNAL FOAM</b>	1 or 1b*	QL	fluorouracil external cream 0.5 %	1 or 1b*	ST; QL
clindacin-p external swab	1 or 1b*	QL	fluorouracil external cream 5 %	1 or 1b*	QL
<b>CLINDAGEL EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL	fluorouracil external solution	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL	<b>TOLAK EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
clindamycin phosphate external gel	1 or 1b*	QL	<b>ANTIMICÓTICOS - COMBINACIONES TÓPICAS</b>		
clindamycin phosphate external lotion	1 or 1b*	QL	clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external solution	1 or 1b*	QL	clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external swab	1 or 1b*	QL	<b>FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION</b>	3	
dapsone external gel 5 %	1 or 1b*	ST; QL	miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL
dapsone external gel 7.5 %	3	ST; QL	<b>MYCOZYL HC EXTERNAL LIQUID</b>	3	
ery external pad	1 or 1b*	QL	nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL
<b>ERYGEL EXTERNAL GEL</b>	3	QL	nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL
erythromycin external gel	1 or 1b*	QL	<b>VUSION EXTERNAL OINTMENT</b>	3	QL
erythromycin external solution	1 or 1b*	QL			
<b>KLARON EXTERNAL LOTION</b>	3				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL TÓPICOS</b>		
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL
<b>ECOZA EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL
<b>ERTACZO EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>EXELDERM EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>EXELDERM EXTERNAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>JUBLIA EXTERNAL SOLUTION</b>	3	QL
ketoconazole external cream	1 or 1b*	QL
ketoconazole external foam	3	QL
ketoconazole external shampoo 2 %	1 or 1b*	QL
ketodan external foam	3	QL
luliconazole external cream	1 or 1b*	ST; QL
<b>LUZU EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL
<b>OXISTAT EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>OXISTAT EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
sulconazole nitrate external cream	1 or 1b*	ST; QL
sulconazole nitrate external solution	1 or 1b*	ST; QL
<b>ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL OXABOROL TÓPICOS</b>		
<b>KERYDIN EXTERNAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
tavaborole external solution	1 or 1b*	ST; QL
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
ciclodan external solution	1 or 1b*	QL
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL
naftifine hcl external cream	1 or 1b*	ST; QL
naftifine hcl external gel 2 %	1 or 1b*	ST; QL
<b>NAFTIN EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
nyamyc external powder	1 or 1b*	QL
nystatin external cream	1 or 1b*	QL
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL
nystatin external powder	1 or 1b*	QL
nystop external powder	1 or 1b*	QL
<b>ANTINEOPLÁSICO O LESIONES PREMALIGNAS - FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) TÓPICOS</b>		
diclofenac sodium external gel 3 %	1 or 1b*	PA; QL
<b>ANTIPRURIGINOSOS - SISTÉMICOS</b>		
acitretin oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; QL; SP
<b>BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; QL; SP
<b>COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML</b>	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	SP
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	3	PA; QL; SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
SOTYKTU ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	3	PA; LD; QL; SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR	3	PA; QL; SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIPRURIGINOSOS - TÓPICOS</b>		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL
<b>PRUDOXIN EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>ZONALON EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>ANTIPSORIÁSICOS</b>		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL
calcipotriene external ointment	1 or 1b*	QL
calcipotriene external solution	1 or 1b*	QL
calcitrene external ointment	1 or 1b*	QL
calcitriol external ointment	1 or 1b*	QL
<b>SORILUX EXTERNAL FOAM</b>	3	QL
tazarotene external cream	1 or 1b*	QL
tazarotene external gel	1 or 1b*	QL
<b>TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %</b>	2	QL
<b>TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.1 %</b>	3	ST; QL
<b>TAZORAC EXTERNAL GEL</b>	3	QL
<b>VECTICAL EXTERNAL OINTMENT</b>	3	QL
<b>VTAMA EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>ZORYVE EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>ANTIVIRALES - TÓPICOS</b>		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL
<b>DENAVIR EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL
<b>ZOVIRAX EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT</b>	3	QL
<b>APÓSITOS PARA HERIDAS</b>		
<b>KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL</b>	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMBINACIONES ANESTÉSICAS TÓPICAS</b>		
emreal external kit	3	
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL
lidolite external kit	3	
lidosol external kit	3	
lidosol-50 external kit	3	
<b>LM PLUS RELIEF EXTERNAL PATCH</b>	3	
<b>PLIAGLIS EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>PLIAGLIS EXTERNAL KIT</b>	3	PA; QL
<b>VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT</b>	3	
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS CON ESTEROIDES</b>		
<b>NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM</b>	3	
<b>COMBINACIONES DE DESPIGMENTACIÓN</b>		
<b>TRI-LUMA EXTERNAL CREAM</b>	3	
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES - ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<b>EPIFOAM EXTERNAL FOAM</b>	3	
<b>PRAMOSONE EXTERNAL CREAM 1-1 %</b>	2	
<b>PRAMOSONE EXTERNAL LOTION</b>	2	
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES TÓPICOS</b>		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	2	ST; QL
calcipotriene-betameth diprop external suspension	2	ST; QL
<b>DUOBRII EXTERNAL LOTION</b>	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ENSTILAR EXTERNAL FOAM</b>	3	QL
<b>TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION</b>	3	ST; QL
<b>WYNZORA EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>COMBINACIONES PARA EL ACNÉ</b>		
<b>ACANYA EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
adapalene-benzoyl peroxide external gel	1 or 1b*	PA; QL
<b>BENZAMYCIN EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL
<b>CABTREO EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %, 1.2-5 %	1 or 1b*	QL
clindamycin-tretinoin external gel	3	PA; QL
<b>EPIDUO EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
neuac external gel	1 or 1b*	QL
<b>ONEXTON EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>TWYNEO EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>VELTIN EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>ZIANA EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>COMBINACIONES TÓPICAS DE ANTIVIRALES</b>		
<b>XERESE EXTERNAL CREAM</b>	3	PA; QL
<b>CORTICOESTEROIDES - TÓPICOS</b>		
<b>ALA SCALP EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
ala-cort external cream 1 %	1 or 1a*	QL
alclometasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL
<b>AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
<b>APEXICON E EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
betamethasone dipropionate aug external cream	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate aug external gel	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate aug external lotion	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate aug external ointment	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate external lotion	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL
betamethasone valerate external cream	1 or 1b*	QL
betamethasone valerate external foam	3	ST; QL
betamethasone valerate external lotion	1 or 1b*	QL
betamethasone valerate external ointment	1 or 1b*	QL
<b>BRYHALI EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>CAPEX EXTERNAL SHAMPOO</b>	3	ST; QL
clobetasol prop emollient base external cream	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate e external cream	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate emulsion external foam	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL
<b>CLOBEX EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO</b>	3	ST; QL
<b>CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID</b>	3	ST; QL
clorcortolone pivalate external cream	3	ST; QL
clodan external shampoo	1 or 1b*	QL
<b>CLODERM EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>CORDRAN EXTERNAL CREAM 0.05 %</b>	3	ST; QL
<b>CORDRAN EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>CORDRAN EXTERNAL TAPE</b>	3	ST; QL
<b>DERMA-SMOOTH/F/S BODY EXTERNAL OIL</b>	3	ST; QL
desonide external cream	1 or 1b*	QL
desonide external gel	1 or 1b*	QL
desonide external lotion	1 or 1b*	QL
desonide external ointment	1 or 1b*	QL
<b>DESOWEN EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
desoximetasone external cream	3	ST; QL
desoximetasone external gel	3	ST; QL
desoximetasone external liquid	3	ST; QL
desoximetasone external ointment	3	ST; QL
diflorasone diacetate external cream	3	ST; QL
diflorasone diacetate external ointment	3	ST; QL
<b>DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
fluocinolone acetonide body external oil	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
fluocinolone acetonide external cream	1 or 1b*	QL
fluocinolone acetonide external ointment	1 or 1b*	QL
fluocinolone acetonide external solution	1 or 1b*	QL
fluocinolone acetonide scalp external oil	1 or 1b*	QL
fluocinonide emulsified base external cream	1 or 1b*	QL
fluocinonide external cream	1 or 1b*	QL
fluocinonide external gel	1 or 1b*	QL
fluocinonide external ointment	1 or 1b*	QL
fluocinonide external solution	1 or 1b*	QL
flurandrenolide external cream	3	ST; QL
flurandrenolide external lotion	3	ST; QL
fluticasone propionate external cream	1 or 1b*	QL
fluticasone propionate external lotion	1 or 1b*	QL
fluticasone propionate external ointment	1 or 1b*	QL
halcinonide external cream	3	ST; QL
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL
<b>HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL
<b>HALOG EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>HALOG EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
<b>HALOG EXTERNAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
hydrocortisone butyr lipo base external cream	3	ST; QL
hydrocortisone butyrate external cream	3	ST; QL
hydrocortisone butyrate external lotion	3	ST; QL
hydrocortisone butyrate external ointment	3	ST; QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
hydrocortisone butyrate external solution	3	ST; QL
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL
hydrocortisone external lotion 2.5 %	1 or 1a*	QL
hydrocortisone external ointment 2.5 %	1 or 1a*	QL
hydrocortisone valerate external cream	3	ST; QL
hydrocortisone valerate external ointment	3	ST; QL
<b>IMPOYZ EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>LEXETTE EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL
<b>LOCOID EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>LOCOID LIPOCREAM EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
mometasone furoate external cream	1 or 1b*	QL
mometasone furoate external ointment	1 or 1b*	QL
mometasone furoate external solution	1 or 1b*	QL
<b>PANDEL EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>SERNIVO EXTERNAL EMULSION</b>	3	ST; QL
<b>SYNALAR EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>SYNALAR EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
<b>TEXACORT EXTERNAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>TOPICORT EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>TOPICORT EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>TOPICORT EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
<b>TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID</b>	3	ST; QL
tovet external foam	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
triamcinolone acetonide external aerosol solution	3	ST; QL
triamcinolone acetonide external cream	1 or 1a*	QL
triamcinolone acetonide external lotion	1 or 1a*	QL
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1 or 1a*	QL
triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %	3	ST; QL
triamcinolone in absorbase external ointment	3	ST; QL
triderm external cream 0.5 %	1 or 1a*	QL
<b>ULTRAVATE EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>VANOS EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>VERDESO EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL
<b>CUIDADO DE HERIDAS - AGENTES PARA EL FACTOR DE CRECIMIENTO</b>		
<b>REGRANEX EXTERNAL GEL</b>	3	QL
<b>DERMATITIS ATÓPICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
<b>ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; SP
<b>DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML</b>	3	PA; SP
<b>EMOLIENTES</b>		
ammonium lactate external cream	1 or 1b*	QL
ammonium lactate external lotion	1 or 1b*	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>ENZIMAS TÓPICAS</b>		
<b>NEXOBRID EXTERNAL GEL</b>	3	PA; QL
<b>SANTYL EXTERNAL OINTMENT</b>	3	PA; QL
<b>ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS</b>		
crotan external lotion	1 or 1b*	QL
malathion external lotion	1 or 1b*	QL
<b>NATROBA EXTERNAL SUSPENSION</b>	3	QL
<b>OVIDE EXTERNAL LOTION</b>	3	QL
permethrin external cream	1 or 1b*	QL
spinosad external suspension	1 or 1b*	QL
<b>IMIDAZOQUINOLINAMINAS INMUNOMODULADORA S TÓPICAS</b>		
imiquimod external cream 3.75 %	1 or 1b*	ST; QL
imiquimod external cream 5 %	1 or 1b*	QL
imiquimod pump external cream	1 or 1b*	ST; QL
<b>ZYCLARA EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>INHIBDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA TIPO II</b>		
finasteride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	
<b>PROPECIA ORAL TABLET</b>	3	
<b>INHIBDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) TÓPICOS</b>		
<b>EUCRISA EXTERNAL OINTMENT</b>	3	ST; QL
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - TÓPICOS</b>		
<b>ELIDEL EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>HYFTOR EXTERNAL GEL</b>	3	PA; QL
pimecrolimus external cream	1 or 1b*	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
tacrolimus external ointment	1 or 1b*	ST; QL
<b>LIMPIADORES DE HERIDAS/TERAPIA PARA ÚLCERAS DE DECÚBITO</b>		
<b>LAVARE WOUND WASH EXTERNAL GEL</b>	3	
<b>LINIMENTOS</b>		
<b>TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT</b>	3	
<b>PRODUCTOS ANTISEBORREICOS</b>		
selenium sulfide external lotion	1 or 1a*	QL
<b>ZORYVE EXTERNAL FOAM</b>	3	PA; QL
<b>PRODUCTOS DE ALQUITRÁN</b>		
coal tar external solution	1 or 1b*	
<b>PRODUCTOS DE QUEMA</b>		
mafenide acetate external packet	1 or 1b*	
<b>SILVADENE EXTERNAL CREAM</b>	3	
silver sulfadiazine external cream	1 or 1a*	
ssd external cream	1 or 1a*	
<b>SULFAMYLYON EXTERNAL CREAM</b>	3	
<b>SULFAMYLYON EXTERNAL PACKET</b>	3	
<b>PRODUCTOS DE QUERATOSIS SEBORREICA</b>		
<b>ESKATA EXTERNAL SOLUTION</b>	3	
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
<b>ILIDERM EXTERNAL EMULSION</b>	3	
<b>PRODUCTOS PARA EL ACNÉ</b>		
<b>ABSORICA LD ORAL CAPSULE</b>	3	PA
<b>ABSORICA ORAL CAPSULE</b>	3	PA

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
accutane oral capsule	2	PA
adapalene external cream	1 or 1b*	PA; QL
adapalene external gel 0.3 %	1 or 1b*	PA; QL
adapalene external pad	1 or 1b*	PA; QL
<b>ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>AKLIEF EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>ALTRENO EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
amnesteem oral capsule	2	PA
<b>ARAZLO EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>ATRALIN EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>AZELEX EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
claravis oral capsule	2	PA
<b>DIFFERIN EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 %</b>	3	ST; QL
<b>DIFFERIN EXTERNAL LOTION</b>	3	ST; QL
<b>EPSOLAY EXTERNAL CREAM</b>	3	QL
<b>FABIOR EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL
isotretinoin oral capsule	2	PA
<b>RETIN-A EXTERNAL CREAM</b>	3	ST; QL
<b>RETIN-A EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL</b>	3	ST; QL
<b>TAZAROTENE EXTERNAL FOAM</b>	3	ST; QL
tretinoïn external cream	1 or 1b*	PA; QL
tretinoïn external gel	1 or 1b*	PA; QL
tretinoïn microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL
tretinoïn microsphere external gel 0.08 %	3	ST; QL
tretinoïn microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %	3	ST; QL
WINLEVI EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
zenatane oral capsule	2	PA
<b>PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRICES</b>		
COPASIL EXTERNAL GEL	3	
<b>PRODUCTOS TÓPICOS VARIOS</b>		
QBREXZA EXTERNAL PAD	3	PA; QL
<b>PROSTAGLANDINAS - TÓPICAS</b>		
bimatoprost external solution	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION	3	
<b>REEMPLAZOS DE TEJIDO CUTÁNEO</b>		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET 1 CM X 1 CM , 10 CM X 10 CM , 2 CM X 2 CM , 3 CM X 3 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 4 CM X 8 CM , 8 CM X 8 CM	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG, 40 MG	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM	3	
<b>REEMPLAZOS DE TEJIDO</b>		
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM	3	
STRATAGRAFT EXTERNAL SHEET	3	
<b>RETINOIDES ANTINEOPLÁSICOS - TÓPICOS</b>		
PANRETIN EXTERNAL GEL	3	SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS</b>			<b>*Natriuretic Peptides***</b>		
<b>ANTIDIARRÉICOS - ANTAGONISTAS DE CANALES DE CLORURO</b>			<b>VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	3	PA; QL	<b>*Neurokinin 3 (NK3) Receptor Antagonists***</b>		
<b>AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS</b>			<b>VEOZAH ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>*Alpha-Mannosidosis Treatment - Agents***</b>			<b>*Non-steroidal Mineralocorticoid Receptor Antagonists***</b>		
<b>LAMZEDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD	<b>KERENDIA ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>*CKD Agent-Sodium/Hydrogen Exchanger 3 (NHE3) Inhibitor***</b>			<b>ABORTIFACIENTES - ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE PROGESTERONA</b>		
<b>XPHOZAH ORAL TABLET</b>	3	PA; QL	<b>MIFEPREX ORAL TABLET</b>	3	
<b>*Cortisol Synthesis Inhibitors***</b>			mifepristone oral tablet	1 or 1b*	
<b>ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG</b>	3	PA; LD; QL	<b>AGENTES CALCIOMIMÉTICOS</b>		
<b>RECORLEV ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL	cinacalcet hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
<b>*Insulin-Like Growth Factor-1 Receptor Inhibitors(IGF-1R)***</b>			<b>PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD
<b>TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL	<b>SENSIPAR ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>*Molybdenum Cofactor Deficiency (MOCD) - Agents***</b>			<b>AGENTES DE SOMATOSTATINA</b>		
<b>NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD	<b>LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL; SP
			<b>MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE</b>	3	PA; LD; QL
			octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	1 or 1b*	PA; SP
			octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; SP
			<b>SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML</b>	3	PA; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	PA; LD; QL
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
<b>AGENTES PARA LA HIPOFOSFATASIA (HPP)</b>		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA</b>		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ANÁLOGOS DE LEPTINA</b>		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
<b>ANTAGONISTAS DEL GNRH/LHRH</b>		
cetorelix acetate subcutaneous kit	1 or 1b*	PA; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT 0.25 MG	3	PA; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	PA; SP
ORILISSA ORAL TABLET	2	PA; QL
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE RECEPTORES DE VASOPRESINA V2		
JYNARQUE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
SAMSCA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
tolvaptan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
<b>BISFOSFONATOS</b>		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG, 35 MG	3	QL
alendronate sodium oral solution	1 or 1b*	QL
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg	1 or 1b*	QL
ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	QL
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT	3	QL
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG	3	QL
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET	2	QL
ibandronate sodium intravenous solution 3 mg/3ml	1 or 1b*	
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	1 or 1b*	SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	3	SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
zoledronic acid intravenous concentrate	1 or 1b*	PA; SP	<b>ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - GONADOTROPINAS</b>		
<b>ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML</b>	3	PA; SP	<b>CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	1 or 1b*	PA; QL; SP	<b>FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; SP
<b>CALCITONINAS</b>			<b>GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP
calcitonin (salmon) injection solution	1 or 1b*		<b>GONAL-F RFF REDIRECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; SP
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL	<b>GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP
<b>MIACALCIN INJECTION SOLUTION</b>	3		<b>MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP
<b>CORTICOTROPIA</b>			<b>NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED</b>	2	PA; SP
<b>ACTHAR INJECTION GEL</b>	3	PA; LD; SP	<b>OVIDREL SUBCUTANEOUS INJECTABLE</b>	3	PA; SP
<b>CORTROPHIN INJECTION GEL</b>	3	PA; LD; SP	<b>PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP
<b>DEFICIENCIA DE ESFINGOMIELINASA ÁCIDA (ASMD): AGENTES</b>			<b>ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - SINTÉTICOS</b>		
<b>XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP	<b>CLOMID ORAL TABLET</b>	1 or 1b*	PA
<b>DEFICIENCIA DE LA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA (LIPA) - AGENTES</b>			<b>FACTORES DE CRECIMIENTO DE TIPO INSULINA (SOMATOMEDINAS)</b>		
<b>KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP	<b>INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>ENFERMEDAD DE FABRY - AGENTES</b>					
<b>ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD			
<b>FABRAZyme INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP			
<b>GALAFOLD ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GHRH)</b>			<b>NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL	<b>NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>HORMONA PARATIROIDEA Y DERIVADOS</b>			<b>NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML</b>	3	QL; SP	<b>OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	3	QL; SP	<b>OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML</b>	3	QL; SP	<b>SAIZEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL; SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector	3	QL; SP	<b>SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG</b>	3	PA; LD; QL
<b>TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	LD; QL; SP	<b>SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>			<b>SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP	<b>ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; QL; SP
<b>GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE</b>	3	PA; QL; SP	<b>INHIBIDORES DE ESCLEROSIS</b>		
<b>HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE</b>	3	PA; QL; SP	<b>EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; QL	<b>INHIBIDORES DE LA GLÁNDULA PITUITARIA DE LHRH/ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA GNRH</b>		
<b>NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; QL; SP	<b>FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT</b>	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP	MUCOPOLISACARIDOSI S IV (MPS IV) - AGENTES		
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP	VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP	MUCOPOLISACARIDOSI S VI (MPS VI) - AGENTES		
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP	NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
SYNAREL NASAL SOLUTION	3	PA; QL; SP	MUCOPOLISACARIDOSI S VII (MPS VII) - AGENTES		
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	PA; LD; QL	MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
INHIBIDORES DEL LIGANDO RANK (RANKL)			REFORZADOR DE LA CARNITINA - AGENTES		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP	CARNITOR ORAL SOLUTION	3	
MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (SERM)			CARNITOR ORAL TABLET	3	
EVISTA ORAL TABLET	3	\$0; QL	CARNITOR SF ORAL SOLUTION	3	
OSPHENA ORAL TABLET	3	PA; QL	levocarnitine intravenous solution	1 or 1b*	
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL	levocarnitine oral solution	1 or 1b*	
MUCOPOLISACARIDOSI S I (MPS I) - AGENTES			levocarnitine oral tablet	1 or 1b*	
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	levocarnitine sf oral solution	1 or 1b*	
MUCOPOLISACARIDOSI S II (MPS II) - AGENTES			TRASTORNOS EN EL CICLO DE LA UREA - AGENTES		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			BUPHENYL ORAL POWDER 3 GM/TSP	3	PA; LD; QL; SP
			BUPHENYL ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
			OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
			OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
PHEBURANE ORAL PELLET	3	PA; LD; QL
RAVICTI ORAL LIQUID	3	PA; LD; QL; SP
sod benz-sod phenylacet intravenous solution	1 or 1b*	
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
sodium phenylbutyrate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
<b>TRATAMIENTO CON FENILBUTAZONAS - AGENTES</b>		
JAVYGTOR ORAL PACKET	1 or 1b*	PA; LD
JAVYGTOR ORAL TABLET	1 or 1b*	PA; LD
KUVAN ORAL PACKET	3	PA; LD; SP
KUVAN ORAL TABLET	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	3	PA; LD; QL; SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
<b>TRATAMIENTO DE LA ACIDURIA ORÓTICA HEREDITARIA - AGENTES</b>		
XURIDEN ORAL PACKET	3	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA - AGENTES</b>		
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD
carglumic acid oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; LD
<b>TRATAMIENTO DE LA HOMOCISTINURIA - AGENTES</b>		
betaine oral powder	1 or 1b*	LD
CYSTADANE ORAL POWDER	3	LD
<b>TRATAMIENTO DE LA INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE (IDCG) POR DÉFICIT DE ADENOSINA DESAMINASA - AGENTES</b>		
REVCVI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; LD
<b>TRATAMIENTO DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 (HT-1) HEREDITARIA - AGENTES</b>		
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	1 or 1b*	PA; LD
NITYR ORAL TABLET	3	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE	3	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION	3	PA; LD
<b>TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISM O - ANÁLOGOS DE VITAMINA D</b>		
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	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
<b>HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION 4 MCG/2ML</b>	3	PA

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
paricalcitol intravenous solution	1 or 1b*	PA	<b>DDAVP PF INJECTION SOLUTION</b>	3	
paricalcitol oral capsule	1 or 1b*	PA	desmopressin ace spray refrigerated nasal solution	1 or 1b*	
<b>RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE</b>	3	PA; QL	desmopressin acetate injection solution	1 or 1b*	
<b>ROCALTROL ORAL CAPSULE</b>	3	PA	<b>DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION</b>	3	LD
<b>ROCALTROL ORAL SOLUTION</b>	3	PA	desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg	1 or 1b*	DO
<b>ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA	desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg	1 or 1b*	QL
<b>ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG</b>	3	PA	desmopressin acetate pf injection solution	1 or 1b*	
<b>TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X - AGENTES</b>			desmopressin acetate spray nasal solution	1 or 1b*	
<b>CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</b>	3	PA; QL
<b>TRATAMIENTO PARA LA DEFICIENCIA DE LA ALFA-GLUCOSIDASA ÁCIDA (GAA) - AGENTES</b>			<b>TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP	vasopressin +rfid intravenous solution	1 or 1b*	
<b>NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP	vasopressin intravenous solution	1 or 1b*	
<b>OPFOLDA ORAL CAPSULE</b>	3	PA; QL; SP	<b>VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP	<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>		
<b>VASOPRESINA</b>			<b>*IBS AGENT - SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR***</b>		
<b>DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML</b>	3		<b>IBSRELA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG</b>	3	DO	<b>*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS***</b>		
<b>DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG</b>	3	QL	<b>BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE</b>	3	PA; LD; QL
			<b>BYLVAY ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL
			<b>LIVMARLI ORAL SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)**		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION	3	PA; LD; QL
VOWST ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS (GI)***		
VELSIPITY ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
ACIDULANTES INTESTINALES		
enulose oral solution	1 or 1b*	
generlac oral solution	1 or 1b*	
lactulose encephalopathy oral solution	1 or 1b*	
ACTIVADORES DE CANALES DE CLORURO GASTROINTESTINALES		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG	3	ST; QL
lubiprostone oral capsule	1 or 1b*	QL
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET	3	ST; QL
calcium acetate (phos binder) oral capsule	1 or 1b*	QL
calcium acetate oral tablet 667 mg	1 or 1b*	QL
FOSRENOL ORAL PACKET	3	ST; QL
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE 1000 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST; QL
lanthanum carbonate oral tablet chewable	1 or 1b*	QL
RENELA ORAL PACKET	3	ST; QL
RENELA ORAL TABLET	3	ST; QL
sevelamer carbonate oral packet	1 or 1b*	QL
sevelamer carbonate oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sevelamer hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE	3	ST; QL
AGENTES ANIALERGÉNICOS GASTROINTESTINALES		
cromolyn sodium oral concentrate	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE	3	
AGENTES CIC - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C)		
TRULANCE ORAL TABLET	3	ST; QL
AGENTES DE ANOMALÍAS EN LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS BILIARES		
CHOLBAM ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
AGENTES PARA EL IBS - AGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE MU		
VIBERZI ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES PARA EL IBS - ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO 5-HT3		
alosetron hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
LOTRONEX ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBS) - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C)		
LINZESS ORAL CAPSULE	2	QL
AGENTES PARA LA INFLAMACIÓN INTESTINAL		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	QL	RELTONE ORAL CAPSULE	3	PA
AZULFIDINE ORAL TABLET	3	QL	URSO 250 ORAL TABLET	3	
balsalazide disodium oral capsule	1 or 1b*	QL	URSO FORTE ORAL TABLET	3	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY	3	QL	URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	3	PA
COLAZAL ORAL CAPSULE	3	QL	ursodiol oral capsule 300 mg	1 or 1b*	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL	ursodiol oral tablet	1 or 1b*	
DIPENTUM ORAL CAPSULE	3	ST; QL	<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR)</b>		
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL	OCALIVA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
mesalamine er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL	<b>ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL	GATTEX SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; SP
mesalamine oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL	<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA</b>		
mesalamine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL	OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
mesalamine rectal enema	1 or 1b*	QL	OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
mesalamine rectal suppository	1 or 1b*	QL	SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
mesalamine-cleanser rectal kit	1 or 1b*	QL	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	PA; QL; SP
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG	2	QL	STELARA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG	3	ST; QL	<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT4</b>		
ROWASA RECTAL KIT	3	QL	MOTEGRITY ORAL TABLET	3	ST; QL
SFROWASA RECTAL ENEMA	3	QL	<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LAS INTEGRINAS</b>		
sulfasalazine oral tablet	1 or 1b*	QL	ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
sulfasalazine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL			
<b>AGENTES SOLUBILIZANTES DE CÁLCULOS BILIARES</b>					
CHENODAL ORAL TABLET	3	PA; LD; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ENTYVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR	3	PA; QL; SP	RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE PERIFÉRICO</b>					<b>ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES</b>
alvimopan oral capsule	1 or 1b*		GIMOTI NASAL SOLUTION	3	PA; QL
ENTEREG ORAL CAPSULE	3		metoclopramide hcl injection solution	1 or 1a*	
MOVANTIK ORAL TABLET	2	QL	metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml, 5 mg/5ml	1 or 1a*	QL
RELISTOR ORAL TABLET	3	ST; QL	metoclopramide hcl oral tablet	1 or 1a*	QL
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML	3	ST; QL	metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg	1 or 1a*	ST; QL
SYMPROIC ORAL TABLET	3	ST; QL	REGLAN ORAL TABLET	3	QL
<b>BLOQUEADORES ALFA DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>					<b>INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	XERMELO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	<b>AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS</b>		
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	3	PA; QL; SP	*IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG***		
CIMZIA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	FILSPARI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INFLECTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)***		
INFliximab INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS - IRRIGANTES GENITOURINARIOS</b>		
			neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	
			<b>AGENTES PARA CÁLCULOS URINARIOS</b>		
			LITHOSTAT ORAL TABLET	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL
THIOLA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
tiopronin oral tablet		
1 or 1b*		
AGENTES PARA LA CISTINOSIS		
CYSTAGON ORAL CAPSULE	3	PA; LD; SP
PROCYSB1 ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD
PROCYSB1 ORAL PACKET	3	PA; LD
AGENTES PARA LA CISTITIS INTERSTICIAL		
ELMIRON ORAL CAPSULE	3	QL
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION	3	
ANTAGONISTAS DE ADRENORECEPTORES ALFA 1		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
FLOMAX ORAL CAPSULE	3	QL
RAPAFLO ORAL CAPSULE	3	QL
silodosin oral capsule	1 or 1b*	QL
tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
CITRATOS		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
UROCIT-K 5 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
COMBINACIONES DE AGENTES DE REFLUJO VESICOURETERAL (VUR)		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE	3	
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA		
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
ENTADFI ORAL CAPSULE	3	PA; QL
JALYN ORAL CAPSULE	3	QL
FOSFATOS		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET	3	
INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA		
AVODART ORAL CAPSULE	3	QL
dutasteride oral capsule	1 or 1b*	QL
finasteride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL
PROSCAR ORAL TABLET	3	QL
IRRIGANTES GENITOURINARIOS		
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	3	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION 3 %	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
<b>*AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA*</b>		
adzynma intravenous kit	3	PA
<b>*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA***</b>		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
<b>*COMPLEMENT C1 INHIBITORS***</b>		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
<b>*COMPLEMENT C3 INHIBITORS***</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
<b>*COMPLEMENT C5 INHIBITORS***</b>		
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30ML	3	PA; LD; QL; SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1100 MG/11ML, 300 MG/3ML	3	PA; LD; QL; SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION	3	PA; QL
<b>*COMPLEMENT C5A INHIBITORS***</b>		
gohibic intravenous solution	3	
<b>*COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS***</b>		
TAVNEOS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
<b>*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS***</b>		
FABHALTA ORAL CAPSULE	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>*PYRUVATE KINASE ACTIVATORS***</b>		
PYRUKYND ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
<b>*THROMBOLYTIC AGENT - MISC***</b>		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<b>ACTIVADORES DEL PLASMINÓGENO TISULAR</b>		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
RETAVASE HALF-KIT INTRAVENOUS KIT 1 X 10 UNIT	3	
RETAVASE INTRAVENOUS KIT 2 X 10 UNIT	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT	3	
<b>AGENTES ANTI FACTOR VON WILLEBRAND</b>		
CABLIVI INJECTION KIT	3	PA; LD
<b>AGENTES DE QUINAZOLINA</b>		
AGRYLIN ORAL CAPSULE	3	QL
anagrelide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES B2 DE LA BRADICININA</b>			hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
<b>FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	lmd in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; QL	lmd in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR-1 DE PROTEASA ACTIVADA (PAR-1)</b>			<b>HEMINA</b>		
<b>ZONTIVITY ORAL TABLET</b>	3	PA; QL	<b>PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG</b>	3	
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>			<b>INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL	dipyridamole oral tablet	1 or 1b*	
<b>YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	3	PA; QL	<b>INHIBIDORES DE C1</b>		
<b>DERIVADOS DE LA CICLO-PENTIL-TRIAZOLO-PIRIMIDINA (CPTP)</b>			<b>BERINERT INTRAVENOUS KIT</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>BRILINTA ORAL TABLET</b>	2	QL	<b>CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3		<b>HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>DERIVADOS DE LA TIENOPIRIDINA</b>			<b>RUCCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL; SP
clopidogrel bisulfate oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
<b>EFFIENT ORAL TABLET</b>	3	QL	<b>TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>PLAVIX ORAL TABLET 75 MG</b>	3	QL	<b>TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
prasugrel hcl oral tablet	1 or 1b*	QL			
<b>EXPANSORES PLASMÁTICOS</b>					
<b>HESPAN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA			AFSTYLA INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 250 UNIT, 500 UNIT	3	PA; LD; SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA III			ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
cilostazol oral tablet	1 or 1b*		ALTUVIPIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 2000 UNIT, 250 UNIT, 3000 UNIT, 4000 UNIT, 500 UNIT	3	PA; LD; SP
INHIBIDORES DE TIROSINAS-CINASAS (SYK)			BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TAVALISSE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	BENEFIX INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP
INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE LA GLICOPROTEÍNA IIb/IIIA			COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE	3		CORIFACT INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5-0.9 MG/250ML-%, 5-0.9 MG/100ML-%	3		ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
eptifibatide intravenous solution 20 mg/10ml, 200 mg/100ml, 75 mg/100ml	1 or 1b*		ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*		FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 2500 UNIT, 500 UNIT	3	PA; LD; SP
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES			FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 60 MG/0.4ML	3	PA; LD; SP			
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS					
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP			
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 1700 UNIT, 250 UNIT, 500 UNIT	3	PA; LD; SP	obizur intravenous solution reconstituted	3	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000-2400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1200 UNIT	3	PA; LD; SP	PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	RECOMBIMATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT	3		RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 500 UNIT	3	PA; LD; SP	TRETTON INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2500 UNIT	3	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP	VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	WILATE INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	XYNTHA INTRAVENOUS KIT 1000 UNIT, 2000 UNIT, 250 UNIT, 500 UNIT	3	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; SP	PROTAMINA		
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	protamine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
<b>PROTEÍNA C HUMANA</b>					
<b>CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>			3	LD; SP	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>PROTEÍNAS PLASMÁTICAS</b>			<b>PLASBUMIN-5 INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>PLASMANATE INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>AGENTES HEMATOPOYÉTICOS</b>		
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>*AGENTS FOR SICKLE CELL DISEASE - AUTOLOGOUS GENE THERAPY***</b>		
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>CASGEVY INTRAVENOUS SUSPENSION</b>	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>LYFGENIA INTRAVENOUS SUSPENSION</b>	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>*ERYTHROID MATURATION AGENTS***</b>		
HUMAN ALBUMIN GRIFOLS INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>*HEMOGLOBIN S (HBS) POLYMERIZATION INHIBITORS***</b>		
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>OXBRYTA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>OXBRYTA ORAL TABLET SOLUBLE</b>	3	PA; LD; QL; SP
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>*HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR PROLYL HYDROXYLASE INHIBITORS***</b>		
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>JESDUVROQ ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
PLASBUMIN-25 INTRAVENOUS SOLUTION	3		<b>*SELECTIN BLOCKERS***</b>		
			<b>ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ÁCIDO FÓLICO/FOLATO</b>					
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0	RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	3	PA; QL; SP
fa-8 oral capsule	1 or 1b*	\$0	AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER		
folate oral tablet	1 or 1a*	\$0	CERDELGA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
folic acid injection solution	1 or 1a*		CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	3	PA; LD; SP
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*	\$0	EELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*	\$0	miglustat oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0	VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0	YARGESA ORAL CAPSULE	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0	ZAVESCA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0	AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA (TPO)		
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0	DOPTELET ORAL TABLET 20 MG	3	PA; LD; QL; SP
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0	MULPLETA ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
<b>AGENTES CITOTÓXICOS</b>			NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
DROXIA ORAL CAPSULE	2		PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	3	PA; LD; DO; SP
SIKLOS ORAL TABLET	3	PA; SP	PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	3	PA; LD; QL; SP
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS (ESA)</b>			PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	PA; LD; DO; SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	3	PA; QL; SP	PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	3	PA; LD; QL; SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	<b>AMINOÁCIDOS</b>		
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	3	PA; QL; SP	ENDARI ORAL PACKET	3	PA; LD; SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL			
PROCRIT INJECTION SOLUTION	3	PA; QL; SP			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTAGONISTA DEL RECEPTOR CXCR4</b>			<b>FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA	<b>GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; SP
<b>MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP	<b>GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; SP
plerixafor subcutaneous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP	<b>NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT</b>	3	PA; QL; SP
<b>COBALAMINAS</b>			<b>NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*		<b>NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML</b>	3	PA; SP
cyanocobalamin nasal solution	3		<b>NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; SP
dodex injection solution	1 or 1a*		<b>NIVESTYM INJECTION SOLUTION</b>	3	PA; SP
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*		<b>NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; SP
<b>NASCOBAL NASAL SOLUTION</b>	3		<b>NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>COMBINACIONES DE ÁCIDO FÓLICO/FOLATO</b>			<b>RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; SP
<b>FOLIXATE ORAL TABLET</b>	3		<b>ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
foltabs 800 oral tablet	1 or 1b*	\$0	<b>STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>ERITROPOYETINA</b>			<b>UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; SP
<b>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 25 MCG/ML</b>	3	PA; QL; SP			
<b>FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS Y MACRÓFAGOS (GM-CSF)</b>					
<b>LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP			
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF)</b>					
<b>FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; SP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
<b>HIERRO</b>		
ACCRUFER ORAL CAPSULE	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
ferumoxytol intravenous solution	3	PA; QL; SP
INFED INJECTION SOLUTION	3	PA; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/2ML	3	SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	3	PA; QL; SP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	1 or 1b*	PA; QL; SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
<b>AGENTES HEMOSTÁTICOS</b>		
<b>AGENTES HEMOSTÁTICOS SISTÉMICOS</b>		
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	3	
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	1 or 1b*	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL
TRANEXAMIC ACID- NAACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<b>AGENTES HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL	3	
AVITENE EXTERNAL PAD	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL	3	
GELFILM EXTERNAL FILM	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL	3	
INSTAT EXTERNAL PAD	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INTERCEED EXTERNAL PAD	3		COMBINACIONES HEMOSTÁTICAS TÓPICAS		
RECOETHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3		ARTISSL EXTERNAL KIT	3	
RECOETHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3		ARTISSL EXTERNAL SOLUTION	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD	3		THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD	3		THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD	3		THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD	3		THROMBI-PAD EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD	3		TISSEEL EXTERNAL KIT	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL	3		TISSEEL EXTERNAL SOLUTION	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH	3		AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS		
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT	3		ANESTÉSICOS NASALES		
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT	3		COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3		GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT	3		ANTICOLINÉRGICOS NASALES		
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3		ipratropium bromide nasal solution	1 or 1b*	QL
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL	3		ANTIHISTAMÍNICOS ESTEROIDES		
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL	3		azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL	3		DYMISTA NASAL SUSPENSION	3	QL
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL	3		RYALTRIS NASAL SUSPENSION	3	QL
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL	3		ANTIHISTAMÍNICOS NASALES		
			azelastine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL
			olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL
			ESTEROIDES NASALES		
			flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	3	
			mometasone furoate nasal suspension	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OMNARIS NASAL SUSPENSION	3	ST; QL	DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
PROPEL MINI NASAL IMPLANT	3		MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; SP
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT	3		XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
PROPEL NASAL IMPLANT	3		AGENTES PARA LA DISTROFIA MUSCULAR		
QNDSL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
QNDSL NASAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION	3	PA; QL	VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
ZETONNA NASAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
AGENTES NEUROMUSCULARES			AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) - MISCELÁNEOS		
*ALS AGENT COMBINATIONS***			RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION	3	PA; LD; QL; SP
RELYVRIO ORAL PACKET	3	PA; LD; QL; SP	RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION	3	PA; LD; QL; SP
*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS***			BENZOTIAZOLES		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	EXSERVAN ORAL FILM	3	LD; QL
*RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE- PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS***			RILUTEK ORAL TABLET	3	QL; SP
DAYBUE ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL	riluzole oral tablet	1 or 1b*	QL; SP
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS***			RELAJANTES MUSCULARES DESPOLARIZANTES		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL	ANECTINE INJECTION SOLUTION	3	
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES - NEUROTOXINAS			QUELICIN INJECTION SOLUTION	3	
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA	SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>RELAJANTES MUSCULARES NO DESPOLARIZANTES</b>		
atracurium besylate intravenous solution 100 mg/10ml, 50 mg/5ml	1 or 1b*	
cisatracurium besylate (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate intravenous solution 20 mg/10ml	1 or 1b*	
rocuronium bromide intravenous solution	1 or 1b*	
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
<b>*CHOLINERGIC AGONISTS***</b>		
TYRVAYA NASAL SOLUTION	3	PA; QL
<b>*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS***</b>		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP
<b>*OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS***</b>		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD
<b>*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS***</b>		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; SP
<b>*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE**</b>		
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
<b>*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS**</b>		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES OFTÁLMICOS</b>		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
diclofenac sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL
ketorolac tromethamine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
<b>AGENTES DE TERAPIA FOTODINÁMICA OFTÁLMICA</b>		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; QL; SP
<b>AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS OFTÁLMICOS</b>		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
brimonidine tartrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3		SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION	3	LD; SP
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS			SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION	3	LD; SP
AKTEN OPHTHALMIC GEL	3		ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS		
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION	3		ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
IHEEZO OPHTHALMIC GEL	3		ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*		azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*		bepotastine besilate ophthalmic solution	3	ST; QL
ANTAGONISTA DEL ANTÍGENO 1 ASOCIADO CON LA FUNCIÓN LINFOCITA (LFA-1)			BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION	2	PA; QL	cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF)			epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP	ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
bevacizumab intravitreal solution prefilled syringe 1.25 mg/0.05ml	3		ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP	AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP	bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP	BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP	CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP	ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP	erythromycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL
			gatifloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
			gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
levofloxacin ophthalmic solution 1.5 %	1 or 1b*	QL
<b>MITOSOL OPHTHALMIC KIT</b>	3	
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
<b>TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT</b>	3	QL
<b>VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
<b>ZYMAXID OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
<b>ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
<b>NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION</b>	3	QL
<b>ANTISÉPTICOS OFTÁLMICOS</b>		
<b>BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	
<b>ANTIVIRALES OFTÁLMICOS</b>		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>ZIRGAN OPHTHALMIC GEL</b>	3	QL
<b>BETABLOQUEADORES - COMBINACIONES OFTÁLMICAS</b>		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
<b>COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION 2-0.5 %</b>	3	QL
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	1 or 1b*	QL
<b>BETABLOQUEADORES - OFTÁLMICOS</b>		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
<b>BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION</b>	2	QL
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	
<b>ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
timolol maleate ocudoze ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
timolol maleate ophthalmic gel forming solution	1 or 1b*	QL
timolol maleate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
timolol maleate pf ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>TIMOPTIC OCUDOZE OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
<b>COMBINACIÓN DE AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS E INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<b>SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION</b>	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS OFTÁLMICAS</b>		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	1 or 1a*	QL
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	1 or 1b*	QL
neo-polycin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
polycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES OFTÁLMICOS</b>		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
<b>MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT</b>	3	QL
<b>MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %</b>	3	QL
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1 or 1a*	QL
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	1 or 1b*	
neo-polycin hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
<b>TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT</b>	2	
<b>TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION</b>	3	QL
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION</b>	2	QL
<b>COMBINACIONES DE FOTOREFORZADORES OFTÁLMICOS</b>		
<b>PHOTREXA-PHOTREXA VISCOS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS</b>		
<b>CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	
<b>DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS - COMBINACIONES</b>		
<b>DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION</b>	3	
<b>DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML</b>	3	
<b>OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION</b>	3	
<b>VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	
<b>DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS</b>		
<b>AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	
<b>CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION</b>	3	
<b>HEALON DUEL PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	
<b>HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION	3	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD; SP
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		LOTEMAX OPHTHALMIC GEL	3	QL
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
<b>ESTEROIDES OFTÁLMICOS</b>			LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL	3	QL
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION	3		loteprednol etabonate ophthalmic gel	1 or 1b*	QL
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution	1 or 1b*		loteprednol etabonate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT	3		MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION	3		OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD; SP
difluprednate ophthalmic emulsion	1 or 1b*	QL	PRED FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION	3	QL	PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION	3	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION	3	PA; QL	prednisolone acetate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION	3		PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
fluorometholone ophthalmic suspension	1 or 1b*		RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD; SP
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION	3		TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION	3	
			XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD	MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS		
FACTORES DE CRECIMIENTO NERVIOSO OFTÁLMICO			ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; LD; QL	CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 %	3	
INHIBIDORES DE CINASA OFTÁLMICOS - COMBINACIONES			CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	cyclopentolate hcl ophthalmic solution 1 %	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA OFTÁLMICOS			MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION	3	
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL	phenylephrine hcl ophthalmic solution 10 %, 2.5 %	1 or 1b*	
brinzolamide ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL	tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
dorzolamide hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	MIÓTICOS - ACTUACIÓN DIRECTA		
INHIBIDORES OFTÁLMICOS DE LA RHO-CINASA			MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION	3	
INMUNOMODULADORES OFTÁLMICOS			pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	1 or 1b*	
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL	VURITY OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
cyclosporine ophthalmic emulsion	1 or 1b*	PA; QL	MIÓTICOS - INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	2	PA; QL	PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED	3	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION	2	PA; QL	OFTÁLMICOS - AGENTES DE CISTINOSIS		
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION	3	PA; QL	CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL	CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; LD; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>OFTÁLMICOS VARIOS - OTROS</b>		
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
<b>PRODUCTOS OFTÁLMICOS DE DIAGNÓSTICO</b>		
ak-fluor intravenous solution 10 %	1 or 1b*	
ak-fluor intravenous solution 25 %	3	
altafluor benox ophthalmic solution	1 or 1b*	
fluorescein intravenous solution	1 or 1b*	
<b>FLUORESCIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	
fluorescein-benoxinate ophthalmic solution	1 or 1b*	
<b>FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	
<b>PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS</b>		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	
<b>DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
latanoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %</b>	2	QL
tafluprost (pf) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION</b>	3	QL
travoprost (bak free) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION	3	QL
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %	3	QL
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN OFTÁLMICA</b>		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION	3	
<b>SULFONAMIDAS OFTÁLMICAS</b>		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
sulfacetamide sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
<b>SUPLEMENTOS DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
LACRISERT OPHTHALMIC INSERT	3	PA; QL
<b>AGENTES ÓTICOS</b>		
<b>AGENTES ÓTICOS VARIOS</b>		
acetic acid otic solution	1 or 1b*	
<b>ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS</b>		
CETRAXAL OTIC SOLUTION	3	QL
ciprofloxacin hcl otic solution	1 or 1b*	QL
ofloxacin otic solution	1 or 1b*	QL
<b>COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS ESTEROIDES ÓTICAS</b>		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	3	QL
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution	1 or 1b*	QL
<b>CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION</b>	3	
neomycin-polymyxin-hc otic solution	1 or 1b*	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension	1 or 1b*	QL
<b>OTOVEL OTIC SOLUTION</b>	3	QL
<b>COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS ÓTICOS</b>		
<b>PRAMOTIC OTIC LIQUID</b>	3	
<b>ESTEROIDES ÓTICOS</b>		
<b>DERMOTIC OTIC OIL</b>	3	
flac otic oil	1 or 1b*	
fluocinolone acetonide otic oil	1 or 1b*	
hydrocortisone-acetic acid otic solution	1 or 1b*	QL
<b>AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES</b>		
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA</b>		
clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL
nystatin mouth/throat suspension	1 or 1b*	QL
<b>ORAVIG BUCCAL TABLET</b>	3	
<b>ANESTÉSICOS TÓPICOS ORALES</b>		
lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
<b>ANTISÉPTICOS - BOCA/GARGANTA</b>		
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
<b>PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION</b>	3	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
periogard mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
<b>ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA/DENTAL</b>		
<b>KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE</b>	1 or 1b*	
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
<b>ESTIMULANTES DE SALIVA</b>		
cevimeline hcl oral capsule	1 or 1b*	
<b>EVOXAC ORAL CAPSULE</b>	3	
pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>SALAGEN ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>PRODUCTOS DENTALES - COMBINACIONES</b>		
<b>FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE</b>	3	
<b>PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL GEL</b>	3	
<b>PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL GEL</b>	3	
<b>PRODUCTOS DENTALES CON FLUORURO</b>		
clinpro 5000 dental paste	1 or 1b*	QL
denta 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL
dentagel dental gel	1 or 1a*	QL
easygel dental gel	1 or 1b*	
fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate	1 or 1b*	
fluoridex dental paste	1 or 1b*	QL
fluoridex enhanced whitening dental paste	1 or 1b*	QL
<b>PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE</b>	3	QL
<b>PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL</b>	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE</b>	3	QL
<b>PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM</b>	3	QL
<b>PREVIDENT DENTAL GEL</b>	3	QL
<b>PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION</b>	3	
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL
sf dental gel	1 or 1a*	QL
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR</b>		
<b>*RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS***</b>		
<b>SOHONOS ORAL CAPSULE</b>	3	PA; QL; SP
<b>COMBINACIONES DE RELAJANTES MUSCULARES</b>		
norgesic oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET 25-385-30 MG</b>	1 or 1b*	ST; QL
orphengesic forte oral tablet 50-770-60 mg	1 or 1b*	ST; QL
<b>RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES</b>		
<b>AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
baclofen oral solution	3	QL
baclofen oral suspension	3	QL
baclofen oral tablet	1 or 1b*	QL
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
chlorzoxazone oral tablet 250 mg	3	ST; QL
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL
cyclobenzaprine hcl er oral capsule extended release 24 hour	3	ST; QL
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	3	ST; QL
fexmid oral tablet	3	ST; QL
<b>FLEQSUVY ORAL SUSPENSION</b>	3	QL
lorzone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>LYVISPAH ORAL PACKET</b>	3	QL
metaxalone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
methocarbamol injection solution 1000 mg/10ml	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	QL
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
<b>OZOBAX DS ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>SOMA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg	3	ST; QL
tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL
tizanidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ZANAFLEX ORAL CAPSULE</b>	3	ST; QL
<b>ZANAFLEX ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS</b>		
<b>DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG	3		SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
dantrolene sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
dantrolene sodium oral capsule	1 or 1b*		AGENTES PARA LA GOTA		
revento intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		AGENTES PARA LA GOTA		
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3		allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1 or 1a*	QL
VISCOSUPLEMENTOS			allopurinol oral tablet 200 mg	3	PA; QL
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE	3	PA	allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	colchicine oral capsule	3	ST; QL
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	colchicine oral tablet	2	QL
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION	3	PA	febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD	MITIGARE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	ULORIC ORAL TABLET	3	ST; QL
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA GOTA		
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD	colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	URICOSÚRICO		
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA	probenecid oral tablet	1 or 1b*	
*ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS***					
XYWAV ORAL SOLUTION					
				3	PA; LD; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS***			<b>LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG</b>	3	PA; DO
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL	<b>LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG</b>	3	PA; QL
*THIENBENZODIAZEPI NES & OPIOID ANTAGONISTS***			pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
LYBALVI ORAL TABLET	3	ST; QL	pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg	1 or 1b*	PA; QL
AGENTE PARA LA FIBROMALGIA - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRSN)			<b>AGENTES INHIBIDORES DE OLIGONUCLEÓTIDO ANTISENTIDO (ASO)</b>		
SAVELLA ORAL TABLET	2	QL	<b>TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL
SAVELLA TITRATION PACK ORAL	2	QL	<b>AGENTES MS - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA</b>		
AGENTES ANTICATAPLÉTICOS			<b>AUBAGIO ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP
LUMRYZ ORAL PACKET	3	PA; LD; QL; SP	teriflunomide oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
sodium oxybate oral solution	3	PA; LD; QL	<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS (RLS)</b>		
XYREM ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL	<b>HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</b>	3	PA; QL
AGENTES DE ARN PEQUEÑO DE INTERFERENCIA (SIRNA)			<b>AGENTES PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM) - ISRS</b>		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL
AGENTES DE NEURALGIA POSTHERPÉTICA (PHN)			<b>AGENTES PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES</b>		
GRALISE ORAL TABLET 300 MG, 450 MG, 750 MG	2	PA; DO	<b>LUCEMYRA ORAL TABLET</b>	3	QL
GRALISE ORAL TABLET 600 MG, 900 MG	2	PA; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ACTIVADORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN NRF2			MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL; SP	MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
dimethyl fumarate oral capsule delayed release	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; QL; SP	MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL; SP	MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; QL; SP	MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
VUMERTY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL; SP	AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - BLOQUEADORES DE CANALES DE POTASIO		
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTICUERPOS MONOCLONALES			AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	PA; LD; QL; SP
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP	AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - INTERFERONES		
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; QL; SP	BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTIMETABOLITOS			EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
			PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	AGONISTA DE RECEPTOR DE SEROTONINA 1A/ANTAGONISTA DE RECEPTOR DE SEROTONINA 2A		
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP	ADDYI ORAL TABLET	3	PA; QL
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA		
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP	memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg	1 or 1b*	DO
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP	memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg	1 or 1b*	QL
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	memantine hcl oral solution 2 mg/ml	1 or 1b*	QL
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	1 or 1b*	QL
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE			memantine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	NAMENDA ORAL TABLET 10 MG	3	QL
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL; SP	NAMENDA ORAL TABLET 5 MG	3	DO
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL; SP	NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET	3	QL
AGENTES PARA SÍNTOMAS VASOMOTORES - ISRS			NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14 MG	3	DO
paroxetine mesylate oral capsule	1 or 1b*		NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 21 MG, 28 MG	3	QL
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS			BENZODIACEPINAS Y ISRS		
ergoloid mesylates oral tablet	1 or 1b*	QL	olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	QL
pimozide oral tablet	1 or 1b*	QL	olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS			SYMBYAX ORAL CAPSULE 3-25 MG, 6-25 MG	3	DO
BENZODIAZEPINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS			chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COLINOMIMÉTICOS - INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA (ACHE)</b>			<b>COMBINACIONES DE AGENTES DE LABILIDAD EMOCIONAL</b>		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL	NUEDEXTA ORAL CAPSULE	3	PA; QL
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG	3	QL	<b>FARMACOTERAPIA PARA TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>		
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG	3	DO	AUSTEDO ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL	AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; QL; SP
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; QL; SP
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL	INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG	3	PA; LD; DO; SP
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	ST; QL	INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	3	PA; LD; QL; SP
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	1 or 1b*	QL	INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	1 or 1b*	DO	tetrabenazine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
galantamine hydrobromide oral solution	1 or 1b*	QL	XENAZINE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL	<b>FENOTIAZINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS</b>		
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	1 or 1b*	DO	perphenazine-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO	<b>MODULADORES DEL RECEPTOR DE ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P)</b>		
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	1 or 1b*	QL	fingolimod hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP
rivastigmine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	QL	GILENYA ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP
<b>COMBINACIONES DE AGENTES ANTIDEMENCIA</b>			MAYZENT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	2	QL	MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	QL	PONVORY ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
			PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE	3	PA; LD; QL
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK 0.23MG &0.46MG 0.92MG(21)	3	PA; LD; QL; SP
<b>PRODUCTOS PARA DEJAR DE BEBER ALCOHOL</b>		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	
<b>PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR</b>		
APO-VARENICLINE ORAL TABLET	3	PA; \$0; QL
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; \$0; QL
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
eq nicotine mouth/throat gum 4 mg	1 or 1b*	\$0
eq nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
eq nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	1 or 1b*	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
ft nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine mouth/throat gum 4 mg	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
goodsense nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
goodsense nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
habitrol transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	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
<b>NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR</b>	2	\$0
<b>NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE</b>	2	\$0
<b>NICORETTE MOUTH/THROAT GUM</b>	2	\$0
<b>NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE</b>	2	\$0
<b>NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM</b>	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

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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
<b>NICOTINE TRANSDERMAL KIT</b>	<b>2</b>	\$0
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
<b>NICOTROL INHALATION INHALER</b>	<b>3</b>	PA; \$0; QL
<b>NICOTROL NS NASAL SOLUTION</b>	<b>3</b>	PA; \$0; QL
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 2 mg, 4 mg	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 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	1 or 1b*	\$0
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
sm nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
thrive mouth/throat gum 2 mg	1 or 1b*	\$0
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack	1 or 1b*	\$0; QL
varenicline tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; \$0; QL
varenicline tartrate(continue) oral tablet	1 or 1b*	PA; \$0; QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS</b>		
<b>*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS***</b>		
<b>BRONCHITOL INHALATION CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL; SP
<b>BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL; SP
<b>AGENTE PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA - COMBINACIONES</b>		
<b>ORKAMBI ORAL PACKET</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>ORKAMBI ORAL TABLET</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE LA CINASA</b>		
<b>OFEV ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL; SP
<b>AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR</b>		
<b>ESBRIET ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL; SP
<b>ESBRIET ORAL TABLET</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL; SP
pirfenidone oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>ENZIMAS HIDROLÍTICAS</b>		
<b>PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML</b>	<b>3</b>	LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INHIBIDORES DE LA ALFA-PROTEINASA (HUMANOS)</b>		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	3	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	3	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	3	PA; LD; SP
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4000 MG, 5000 MG	3	PA; SP
<b>POTENCIADORES DE CFTR</b>		
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	PA; LD; QL
KALYDECO ORAL PACKET 5.8 MG	3	PA; QL
KALYDECO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		
<b>*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTIC ALS***</b>		
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3	
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
methimazole oral tablet	1 or 1a*	
propylthiouracil oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ADTHYZA ORAL TABLET	3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET	3	
CYTOMEL ORAL TABLET	3	
ERMEZA ORAL SOLUTION	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 RECONSTITUTED	3	
levothyroxine sodium oral capsule	1 or 1b*	
levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
levoxyl oral tablet	1 or 1a*	
liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
niva thyroid oral tablet	3	
np thyroid oral tablet	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION	3	
thyroid oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION	3	
unithroid oral tablet	1 or 1a*	
<b>AMEBICIDAS</b>		
<b>AMEBICIDAS</b>		
SOLOSEC ORAL PACKET	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
<b>AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION	3	PA; LD; QL
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	LD; QL; SP
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%	1 or 1b*	
gentamicin sulfate injection solution	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE	3	
KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	LD; QL; SP
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	LD; QL; SP
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE	3	LD; QL; SP
tobramycin inhalation nebulization solution	1 or 1b*	LD; QL; SP
tobramycin sulfate injection solution	1 or 1b*	QL
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<b>ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS</b>		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE)		
ANAPROX DS ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/200ML, 800 MG/8ML	3	
COXANTO ORAL CAPSULE	3	QL
DAYPRO ORAL TABLET	3	QL
diclofenac potassium oral capsule	3	ST; QL
diclofenac potassium oral tablet 25 mg	3	ST; QL
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
diclofenac sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST
ec-naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
etodolac oral capsule	1 or 1b*	QL
etodolac oral tablet	1 or 1b*	QL
FELDENE ORAL CAPSULE	3	QL
FENOPROFEN CALCIUM ORAL CAPSULE 200 MG	3	ST; QL
fenoprofen calcium oral capsule 400 mg	3	ST; QL
fenoprofen calcium oral tablet	3	ST; QL
flurbiprofen oral tablet	1 or 1b*	QL
ibu oral tablet	1 or 1a*	QL
ibuprofen lysine intravenous solution	1 or 1b*	
ibuprofen oral suspension	1 or 1a*	QL
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1 or 1a*	QL
INDOCIN ORAL SUSPENSION	3	ST; QL
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
indomethacin er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
indomethacin rectal suppository 50 mg	3	ST; QL
indomethacin sodium intravenous solution reconstituted	3	
ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg	3	ST; QL
ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml	1 or 1b*	QL
<b>KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML</b>	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine oral tablet	1 or 1a*	QL
<b>LODINE ORAL TABLET</b>	3	QL
lofena oral tablet	3	ST; QL
meclofenamate sodium oral capsule	1 or 1b*	QL
mefenamic acid oral capsule	1 or 1b*	QL
meloxicam oral capsule	3	ST; QL
meloxicam oral suspension	3	ST; QL
meloxicam oral tablet	1 or 1b*	QL
nabumetone oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>NALFON ORAL CAPSULE 400 MG</b>	3	ST; QL
<b>NALFON ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 375 MG, 500 MG, 750 MG</b>	3	ST; QL
<b>NAPROSYN ORAL SUSPENSION</b>	3	QL
<b>NAPROSYN ORAL TABLET 500 MG</b>	3	ST; QL
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg	1 or 1b*	
naproxen oral suspension	3	ST; QL
naproxen oral tablet	1 or 1b*	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen sodium er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	1 or 1b*	QL
<b>NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
oxaprozin oral capsule	3	QL
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>RELAFEN DS ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>SPRIX NASAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
sulindac oral tablet	1 or 1b*	QL
tolmetin sodium oral capsule	1 or 1b*	QL
tolmetin sodium oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL
<b>ZIPSOR ORAL CAPSULE</b>	3	ST; QL
<b>AGENTES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL SOLUBLE</b>		
<b>ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML</b>	3	PA; QL; SP
<b>ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; QL; SP
<b>ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUCINA-1 (IL-1RA)</b>		
<b>KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIMETABOLITOS ANTIRREUMÁTICOS</b>			<b>ABRILADA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT</b>	3	PA; QL; SP
<b>OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 10 MG/0.4ML, 12.5 MG/0.4ML, 15 MG/0.4ML, 17.5 MG/0.4ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.4ML, 25 MG/0.4ML</b>	3	PA; QL; SP	adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector	3	PA; QL; SP
<b>RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML</b>	3	PA; QL; SP	adalimumab-adbm subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; QL; SP
<b>ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK)</b>			adalimumab-adbm subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; QL; SP
<b>OLUMIANT ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	adalimumab-fkjp subcutaneous auto-injector kit	3	PA; QL; SP
<b>RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	PA; QL; SP	adalimumab-fkjp subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; QL; SP
<b>XELJANZ ORAL SOLUTION</b>	3	PA; QL; SP	<b>AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector</b>	3	PA; QL; SP
<b>XELJANZ ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP	<b>AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	PA; QL; SP	<b>AMJEVITA-PED 15KG TO &lt;30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>ANTITNF ALFA - ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>			<b>CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-Injector KIT</b>	3	PA; QL; SP
<b>ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-Injector KIT</b>	3	PA; QL; SP	<b>CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT</b>	3	PA; QL; SP
<b>ABRILADA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-Injector KIT</b>	3	PA; QL; SP	<b>CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-Injector KIT</b>	3	PA; QL; SP
<b>ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT</b>	3	PA; QL; SP	<b>CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-Injector KIT</b>	3	PA; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
HULIO SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
HULIO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	3	PA; QL; SP	HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	3	SP	HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML	3	PA; QL; SP	HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	3	SP	IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP	VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	COMPUESTOS DE ORO		
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	RIDAURA ORAL CAPSULE	2	QL
YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA 2 (COX-2)		
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	CELEBREX ORAL CAPSULE	3	ST; QL
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	celecoxib oral capsule	1 or 1b*	ST; QL
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL; SP	INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4)		
BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1 BETA			OTEZLA ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP
BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1			INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP	ARAVA ORAL TABLET	3	QL
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES			leflunomide oral tablet	1 or 1b*	QL
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL	INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-6		
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL	ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
DUEXIS ORAL TABLET	3	ST; QL	ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ibuprofen-famotidine oral tablet	3	ST; QL	ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release	3	ST; QL	KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
			KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN</b>		
<b>ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; QL; SP
<b>ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; QL; SP
<b>ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; QL; SP
<b>ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS</b>		
<b>ANALGÉSICOS - OTROS</b>		
acetaminophen intravenous solution 10 mg/ml	1 or 1b*	
<b>ANALGÉSICOS - SEDATIVOS</b>		
<b>ALLZITAL ORAL TABLET</b>	3	QL
bac oral tablet	1 or 1b*	QL
bupap oral tablet 50-300 mg	3	QL
butalbital-acetaminophen oral capsule	1 or 1b*	QL
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg	3	QL
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg	1 or 1b*	QL
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg	3	QL
butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg	1 or 1b*	QL
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule	1 or 1b*	QL
essic oral capsule	3	QL
<b>ESGIC ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>FIORICET ORAL CAPSULE</b>	3	QL
tencon oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL
<b>SALICILATOS</b>		
adult aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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 low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0
aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
bayer low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
bayer low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
diflunisal oral tablet	1 or 1b*	
ecotrin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eq aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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
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
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
sb low dose asa ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
sm aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
sm aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm childrens aspirin oral tablet chewable	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
<b>ANALGÉSICOS - OPIOIDES</b>		
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS PARCIALES</b>		
<b>BELBUCA BUCCAL FILM</b>	3	PA; QL
<b>BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
<b>BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml	1 or 1b*	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film	1 or 1b*	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	QL
buprenorphine transdermal patch weekly	1 or 1b*	PA; QL
butorphanol tartrate injection solution	1 or 1b*	
butorphanol tartrate nasal solution	1 or 1b*	QL
<b>BUTTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY</b>	3	PA; QL
nalbuphine hcl injection solution	1 or 1b*	QL
pentazocine-naloxone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL	FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	3	PA; QL
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM	3	QL	hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour	3	PA; QL
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	QL	hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant	1 or 1b*	PA; QL
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS</b>					
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG, 60 MG	3	QL	hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
codeine sulfate oral tablet 30 mg	1 or 1b*	QL	hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml	1 or 1b*	
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; QL	hydromorphone hcl oral liquid	1 or 1b*	QL
DEMEROL INJECTION SOLUTION 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML	3		hydromorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
DILAUDID INJECTION SOLUTION 0.2 MG/ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML	3		HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
DILAUDID ORAL LIQUID	3	QL	hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
DILAUDID ORAL TABLET	3	QL	HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT	3	PA; QL
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3		INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION	3	
duramorph injection solution	1 or 1b*		INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION	3	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML, 50 MCG/ML	1 or 1b*		levorphanol tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml	1 or 1b*		meperidine hcl injection solution 100 mg/ml, 25 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	1 or 1b*	PA; QL	meperidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL
fentanyl citrate buccal tablet	1 or 1b*	PA; QL	meperidine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL
fentanyl transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	PA; QL	methadone hcl intensol oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL
			methadone hcl oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL
			methadone hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
methadone hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
methadone hcl oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL
<b>METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML</b>	3	PA; QL
methadose oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL
<b>METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE</b>	3	PA; QL
mitigo injection solution	1 or 1b*	
morphine sulfate (concentrate) oral solution 10 mg/0.5ml, 100 mg/5ml, 20 mg/ml	1 or 1b*	QL
morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1 or 1b*	
<b>MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML</b>	3	
<b>MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML</b>	3	
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	PA; QL
morphine sulfate er oral tablet extended release	1 or 1b*	PA; QL
<b>MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML</b>	3	
morphine sulfate injection solution 50 mg/ml	3	
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	QL
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</b>	3	PA; QL
<b>NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR</b>	3	PA; QL
<b>NUCYNTA ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>OXAYDO ORAL TABLET</b>	3	QL
oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrant 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	3	PA; QL
oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	1 or 1b*	QL
oxycodone hcl oral solution	1 or 1b*	QL
oxycodone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT</b>	3	PA; QL
oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL
oxymorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>QDOLO ORAL SOLUTION</b>	3	QL
remifentanil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG</b>	3	QL
<b>ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT</b>	3	QL
<b>SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION</b>	1 or 1b*	
tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; QL
tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	QL	endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL
tramadol hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL	<b>NALOCET ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3		<b>OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-300 MG/5ML</b>	3	QL
<b>XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT</b>	3	PA; QL	<b>OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML</b>	1 or 1b*	QL
<b>COMBINACIONES DE CODEÍNA</b>			<b>OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 10-300 MG, 2.5-300 MG, 5-300 MG, 7.5-300 MG</b>	3	QL
acetaminophen-codeine oral solution	1 or 1a*	QL	oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL
acetaminophen-codeine oral tablet	1 or 1a*	QL	<b>PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG</b>	3	QL
ascomp-codeine oral capsule	1 or 1b*	QL	<b>PROLATE ORAL SOLUTION</b>	3	QL
butalbital-apap-caff-cod oral capsule	1 or 1b*	QL	<b>PROLATE ORAL TABLET</b>	3	QL
butalbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	QL	<b>COMBINACIONES DE TRAMADOL</b>		
<b>FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG</b>	3	QL	<b>SEGLENTIS ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>COMBINACIONES DE DIHIDROCODEÍNA</b>			tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL	<b>ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS</b>		
trezix oral capsule 320.5-30-16 mg	1 or 1b*	QL	<b>ANDRÓGENOS</b>		
<b>COMBINACIONES DE HIDROCODONA</b>			<b>ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR</b>	3	PA; QL
hydrocodone-acetaminophen oral solution 2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml	1 or 1b*	QL	<b>ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)</b>	3	PA; QL
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL	<b>AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg	1 or 1b*	QL	danazol oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>COMBINACIONES DE OPIÁCEOS</b>					
<b>APADAZ ORAL TABLET</b>	3	QL			
<b>BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET</b>	3	QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION	1 or 1b*	PA
FORTESTA TRANSDERMAL GEL	3	PA; QL
JATENZO ORAL CAPSULE	3	PA; QL
KYZATREX ORAL CAPSULE	3	PA; QL
METHITEST ORAL TABLET	3	PA
methyltestosterone oral capsule	3	PA
NATESTO NASAL GEL	3	PA; QL
TESTIM TRANSDERMAL GEL	3	PA; QL
TESTOPEL IMPLANT PELLET	3	PA; LD
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	1 or 1b*	PA
testosterone enanthate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone transdermal gel 1.62 %, 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/act (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)	1 or 1b*	PA; QL
testosterone transdermal solution	1 or 1b*	PA; QL
TLANDO ORAL CAPSULE	3	PA; QL
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL	3	PA; QL
VOGELXO TRANSDERMAL GEL 50 MG/5GM (1%)	3	PA; QL
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANESTÉSICOS GENERALES</b>		
<b>ANESTÉSICOS BARBITÚRICOS</b>		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3	
<b>ANESTÉSICOS VARIOS</b>		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION	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 100 MG/10ML, 1000 MG/100ML, 200 MG/20ML, 500 MG/50ML	3	
etomidate intravenous solution	1 or 1b*	
fresenius propoven intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION	3	
ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
propofol intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
propofol-lipuro intravenous emulsion	1 or 1b*	
<b>ANESTÉSICOS VOLÁTILES</b>		
desflurane inhalation solution	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION	3	
isoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
sevoflurane inhalation solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SUPRANE INHALATION SOLUTION	3		ANESTÉSICOS LOCALES - ÉSTERES		
terrell inhalation solution	1 or 1b*		chlorprocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION	3		NESACAINA INJECTION SOLUTION	3	
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES			NESACAINA-MPF INJECTION SOLUTION	3	
ANESTÉSICOS LOCALES - AMIDAS			ANESTÉSICOS LOCALES Y SUSTANCIAS SIMPATICOMIMÉTICAS		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3		articadent dental injection solution cartridge 4 % - 1:100000	3	
bupivacaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*		bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution 0.25% - 1:200000, 0.5% - 1:200000	1 or 1b*	
lidocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*		bupivacaine-epinephrine injection solution 0.25% - 1:200000, 0.5% - 1:200000	1 or 1b*	
lidocaine hcl injection solution 0.5 %	1 or 1b*		lidocaine-epinephrine injection solution 0.5 % - 1:200000, 1.5 % - 1:200000, 2 % - 1:100000, 2 % - 1:50000	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION	3		MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.25% - 1:200000, 0.25-1:200000 %, 0.5% - 1:200000	3	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION	3		MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT	3		ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION	3		sensorcaine/epinephrine injection solution	1 or 1b*	
polocaine injection solution	1 or 1b*		sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% - 1:200000	1 or 1b*	
polocaine-mpf injection solution	1 or 1b*		sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% - 1:200000	3	
POSIMIR INJECTION SOLUTION	3		SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 %	3	
ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml	1 or 1b*		XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	3	
sensorcaine injection solution	1 or 1b*				
sensorcaine-mpf injection solution	1 or 1b*				
XARACOLL IMPLANT IMPLANT	3				
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION	3				
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 %	3				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	3	
<b>COMBINACIONES DE ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
POINT OF CARE LM-2.5 INJECTION KIT	3	
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-A</b>		
disopyramide phosphate oral capsule	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	2	
NORPACE ORAL CAPSULE	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*	
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-B</b>		
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*	
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-C</b>		
flecainide acetate oral tablet	1 or 1b*	QL
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
propafenone hcl oral tablet	1 or 1b*	
<b>RYTHMOL SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR</b>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE III</b>		
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
<b>CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
<b>MULTAQ ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
<b>TIKOSYN ORAL CAPSULE</b>	3	
<b>ANTIARRÍTMICOS VARIOS</b>		
adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml	1 or 1b*	
<b>ANTICOAGULANTES</b>		
<b>AGENTES TIPO HEPARINA SINTÉTICOS</b>		
<b>ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	QL
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL
<b>ANTICOAGULANTES DERIVADOS DE LA CUMARINA</b>		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
<b>HEPARINA Y AGENTES TIPO HEPARINA</b>		
bd heparin posiflush intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%	1 or 1b*		<b>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
<b>HEPARIN (PORCINE) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%</b>	3		<b>LOVENOX INJECTION SOLUTION</b>	3	QL
heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution	1 or 1b*		<b>LOVENOX INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	QL
<b>HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%</b>	1 or 1b*		<b>INHIBIDORES DE LA TROMBINA - SELECTIVO DIRECTO Y REVERSIBLE</b>		
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%	1 or 1b*		<b>ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 50-0.9 MG/50ML-%</b>	3	
heparin sod (pork) lock flush intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml	1 or 1b*		<b>ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/2.5ML, 50 MG/50ML</b>	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	1 or 1b*		dabigatran etexilate mesylate oral capsule	3	QL
<b>HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3		<b>PRADAXA ORAL CAPSULE</b>	3	QL
heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml	1 or 1b*		<b>PRADAXA ORAL PACKET</b>	3	QL
<b>HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML</b>	3		<b>INHIBIDORES DE LA TROMBINA - TIPO HIRUDINA</b>		
<b>HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR</b>			<b>ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	1 or 1b*	QL	bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL	bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML</b>	3	QL	<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
			<b>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	2	QL
			<b>ELIQUIS ORAL TABLET</b>	2	QL
			<b>SAVAYSA ORAL TABLET</b>	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	2	QL
XARELTO ORAL TABLET	2	QL
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	2	QL
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		
<b>ANTICONCEPTIVOS BIFÁSICOS ORALES</b>		
azurette oral tablet	1 or 1b*	\$0
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	1 or 1b*	\$0
kariva oral tablet	1 or 1b*	\$0
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET	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
<b>ANTICONCEPTIVOS CONTINUOS ORALES</b>		
amethyst oral tablet	1 or 1b*	\$0
dolishale oral tablet	1 or 1b*	\$0
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg	1 or 1b*	\$0
<b>ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO ORALES</b>		
amethia oral tablet	1 or 1b*	\$0
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 est & eth est oral tablet	1 or 1b*	\$0
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet	1 or 1b*	\$0
lojaimiess oral tablet	1 or 1b*	\$0
rivilsa oral tablet	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
setlakin oral tablet	1 or 1b*	\$0
simpesse oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU</b>		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	\$0
<b>ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA</b>		
aftera oral tablet	1 or 1b*	\$0
afterpill oral tablet	1 or 1b*	\$0
CURAE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
econtra one-step oral tablet	1 or 1b*	\$0
ELLA ORAL TABLET	3	\$0
HER STYLE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
levonorgestrel oral tablet 1.5 mg	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
<b>ANTICONCEPTIVOS DE FASE CUATRO ORALES</b>		
NATAZIA ORAL TABLET	3	\$0
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU</b>		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	LD; \$0; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	3	LD; \$0; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	3	LD; \$0; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	LD; \$0; SP
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES</b>		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	LD; \$0; SP
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML	3	\$0
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension	1 or 1b*	\$0
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe	1 or 1b*	\$0
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES</b>		
camila oral tablet	1 or 1b*	\$0
deblitane 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
sharobel oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>SLYND ORAL TABLET</b>	3	\$0
<b>ANTICONCEPTIVOS TRIFÁSICOS ORALES</b>		
alyacen 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*	\$0
aranelle oral tablet	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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 50-30/75-40/ 125-30 mcg	1 or 1a*	\$0
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet	1 or 1b*	\$0
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1b*	\$0
nortrel 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*	\$0
nylia 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*	\$0
tilia fe oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-estarylla oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-legest fe oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-linyah oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-lo-estarylla oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-lo-marzia oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-lo-mili oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-lo-sprintec oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-mili oral tablet	1 or 1b*	\$0
tri-nymyo 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
<b>COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS ORALES</b>		
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

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>BALCOLTRA ORAL TABLET</b>	3	\$0
balziva oral tablet	1 or 1a*	\$0
<b>BEYAZ ORAL TABLET</b>	3	\$0
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 oral tablet	1 or 1a*	\$0
delyla oral tablet	1 or 1a*	\$0
drospirenen-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 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
estarrylla oral tablet	1 or 1a*	\$0
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet	1 or 1a*	\$0
falmina oral tablet	1 or 1a*	\$0
<b>FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE</b>	1 or 1a*	\$0
gummily 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
<b>JOYEUX ORAL TABLET</b>	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
kalliga oral tablet	1 or 1a*	\$0
kelnor 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0
kelnor 1/50 oral tablet	1 or 1a*	\$0
kurvelo oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin 24 fe oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
layolis fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
lessina oral tablet	1 or 1a*	\$0
levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
levora 0.15/30 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0
loestrin 1.5/30 (21) oral tablet	1 or 1a*	\$0
loestrin 1/20 (21) oral tablet	1 or 1a*	\$0
loestrin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
loestrin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
loryna oral tablet	1 or 1b*	\$0
low-ogestrel oral tablet	1 or 1a*	\$0
lo-zumandimine oral tablet	1 or 1b*	\$0
lutera oral tablet	1 or 1a*	\$0
marlissa oral tablet	1 or 1a*	\$0
merzee oral capsule	1 or 1b*	\$0
<b>MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE</b>	1 or 1a*	\$0
microgestin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
microgestin 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
microgestin 24 fe 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
<b>MINASTRIN 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE</b>	3	\$0
mono-linyah oral tablet	1 or 1a*	\$0
necon 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>NEXTSTELLIS ORAL TABLET</b>	3	\$0
nikki oral tablet	1 or 1b*	\$0
norethrin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*	\$0
norethrin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
norethrin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*	\$0
norethrin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*	\$0
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0
nymyo 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
<b>SAFYRAL ORAL TABLET</b>	3	\$0
sprintec 28 oral tablet	1 or 1a*	\$0
sronyx oral tablet	1 or 1a*	\$0
syeda oral tablet	1 or 1b*	\$0
tarina 24 fe oral tablet	1 or 1a*	\$0
tarina fe 1/20 eq oral tablet	1 or 1a*	\$0
taysofy oral capsule	1 or 1b*	\$0
<b>TAYTULLA ORAL CAPSULE</b>	3	\$0
<b>TURQOZ ORAL TABLET</b>	1 or 1a*	\$0
<b>TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE</b>	3	\$0
tydemy oral tablet	1 or 1b*	\$0
vestura oral tablet	1 or 1b*	\$0
vienva oral tablet	1 or 1a*	\$0
vyfemla oral tablet	1 or 1a*	\$0
vylibra oral tablet	1 or 1a*	\$0
wera oral tablet	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
wymzya fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
<b>YASMIN 28 ORAL TABLET</b>	3	\$0
<b>YAZ ORAL TABLET</b>	3	\$0
zovia 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0
zumandimine oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*	\$0
<b>TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY</b>	3	\$0
xulane transdermal patch weekly	1 or 1b*	\$0
zafemy transdermal patch weekly	1 or 1b*	\$0
<b>COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS VAGINALES</b>		
<b>ANNOVERA VAGINAL RING</b>	3	\$0
eluryng vaginal ring	1 or 1b*	\$0
<b>ENILLORING VAGINAL RING</b>	1 or 1b*	\$0
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring	1 or 1b*	\$0
<b>HALOETTE VAGINAL RING</b>	1 or 1b*	\$0
<b>NUVARING VAGINAL RING</b>	3	\$0
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
<b>ÁCIDO VALPROICO</b>		
<b>DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	QL
<b>DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	3	QL
<b>DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE</b>	3	QL
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle	1 or 1b*	QL
divalproex sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	1 or 1b*	
valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL
valproic acid oral solution	1 or 1b*	
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE GLUTAMATO AMPA</b>		
<b>FYCOMPA ORAL SUSPENSION</b>	3	QL
<b>FYCOMPA ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>ANTICONVULSIVOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
clobazam oral suspension	1 or 1b*	QL
clobazam oral tablet	1 or 1b*	QL
clonazepam oral tablet	1 or 1b*	QL
clonazepam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
<b>DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG</b>	3	QL
diazepam rectal gel	1 or 1b*	QL
<b>KLONOPIN ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>NAYZILAM NASAL SOLUTION</b>	3	PA; QL
<b>ONFI ORAL SUSPENSION</b>	3	QL
<b>ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG</b>	3	QL
<b>SYMPAZAN ORAL FILM</b>	3	QL
<b>VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID</b>	3	PA; QL
<b>VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK</b>	3	PA; QL
<b>VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK</b>	3	PA; QL
<b>VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID</b>	3	PA; QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>ANTICONVULSIVOS VARIOS</b>		
<b>APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG</b>	3	DO
<b>APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG</b>	3	QL
<b>BANZEL ORAL SUSPENSION</b>	3	QL
<b>BANZEL ORAL TABLET 200 MG</b>	3	DO
<b>BANZEL ORAL TABLET 400 MG</b>	3	QL
<b>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>BRIVIACT ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>BRIVIACT ORAL TABLET</b>	3	QL
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL
carbamazepine oral suspension	1 or 1b*	QL
carbamazepine oral tablet	1 or 1b*	QL
carbamazepine oral tablet chewable	1 or 1b*	QL
<b>CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR</b>	3	QL
<b>DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG</b>	3	PA; LD; DO
<b>DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG</b>	3	PA; LD; QL
<b>DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG</b>	3	PA; LD; DO
<b>DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG</b>	3	PA; LD; QL
<b>ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	QL
<b>EPIDIOLEX ORAL SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>EPRONTIA ORAL SOLUTION</b>	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>FINTEPLA ORAL SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL	lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL
gabapentin oral capsule	1 or 1b*	DO	lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg, 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg	1 or 1b*	QL
gabapentin oral solution	1 or 1b*	QL	lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	1 or 1b*	QL	lamotrigine oral tablet chewable	1 or 1b*	QL
<b>KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL
<b>KEPPRA ORAL SOLUTION</b>	3	QL	lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
<b>KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG</b>	3	QL	lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL
<b>KEPPRA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG, 750 MG</b>	3	DO	lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL
<b>KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	QL	lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL
lacosamide intravenous solution	1 or 1b*		levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
lacosamide oral solution	1 or 1b*	QL	<b>LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML, 1500 MG/100ML, 500 MG/100ML</b>	3	
lacosamide oral tablet	1 or 1b*	QL	levetiracetam in nacl intravenous solution 250 mg/50ml	3	
<b>LAMICTAL ODT ORAL KIT</b>	3	QL	levetiracetam intravenous solution	1 or 1b*	
<b>LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG, 200 MG, 25 MG</b>	3	QL	levetiracetam oral solution	1 or 1b*	QL
<b>LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG</b>	3	DO	levetiracetam oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL
<b>LAMICTAL ORAL TABLET</b>	3	DO	levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	DO
<b>LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG, 5 MG</b>	3	QL	<b>LYRICA ORAL CAPSULE</b>	3	QL
<b>LAMICTAL STARTER ORAL KIT</b>	3	QL	<b>LYRICA ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>LAMICTAL XR ORAL KIT</b>	3	QL	<b>MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	
<b>LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG</b>	3	DO	<b>mysoline ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 250 MG, 300 MG</b>	3	QL			
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NEURONTIN ORAL CAPSULE	3	DO	TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	QL
NEURONTIN ORAL SOLUTION	3	QL	TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	DO
NEURONTIN ORAL TABLET	3	QL	TOPAMAX ORAL TABLET 200 MG	3	QL
oxcarbazepine oral suspension	1 or 1b*	QL	TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	QL
oxcarbazepine oral tablet	1 or 1b*	QL	topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG	3	DO	topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG	3	QL	topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
pregabalin oral capsule	1 or 1b*	QL	topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	DO
pregabalin oral solution	1 or 1b*	QL	topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL
primidone oral tablet	1 or 1b*	QL	topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	3	ST; QL	topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG	3	ST; DO	TRILEPTAL ORAL SUSPENSION	3	QL
roweepra oral tablet 500 mg	1 or 1b*	DO	TRILEPTAL ORAL TABLET	3	QL
rufinamide oral suspension	1 or 1b*	QL	TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 50 MG	3	ST; QL
rufinamide oral tablet 200 mg	1 or 1b*	DO	TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG	3	ST; DO
rufinamide oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL	VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE	3	QL	VIMPAT ORAL SOLUTION	3	QL
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO	VIMPAT ORAL TABLET	3	QL
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL	ZONEGRAN ORAL CAPSULE	3	QL
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL	ZONISADE ORAL SUSPENSION	3	QL
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL	zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL
TEGRETOL ORAL SUSPENSION	3	QL			
TEGRETOL ORAL TABLET	3	QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZTALMY ORAL SUSPENSION	3	LD; QL
<b>CARBAMATOS</b>		
felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL
felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>FELBATOL ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 &amp; 150 MG</b>	3	QL
<b>XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	QL
<b>XCOPRI ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	QL
<b>HIDANTOÍNA</b>		
<b>CEREBYX INJECTION SOLUTION</b>	3	
<b>DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE</b>	3	
<b>DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG</b>	3	
<b>DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG</b>	2	
<b>DILANTIN ORAL SUSPENSION</b>	3	
fosphenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
<b>PHENYTEK ORAL CAPSULE</b>	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*	
<b>MODULADORES DEL ÁCIDO ?-AMINOBUTÍRICO (GABA)</b>		
<b>SABRIL ORAL PACKET</b>	3	LD; QL; SP
<b>SABRIL ORAL TABLET</b>	3	LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL; SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL; SP
vigadrona oral packet	1 or 1b*	LD; QL
<b>VIGADRONE ORAL TABLET</b>	1 or 1b*	LD; QL; SP
<b>SUCCINIMIDAS</b>		
<b>CELONTIN ORAL CAPSULE</b>	3	QL
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL
methsuximide oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>ZARONTIN ORAL CAPSULE</b>	3	QL
<b>ZARONTIN ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<b>*ANTIDEPRESSANT - MISCELLANEOUS COMBINATIONS***</b>		
<b>AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</b>	3	ST; QL
<b>AGENTES TRICÍCLICOS</b>		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1a*	DO
amitriptyline hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1a*	QL
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL
amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
<b>ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG</b>	3	DO
<b>ANAFRANIL ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG</b>	3	QL
clomipramine hcl oral capsule 25 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
doxepin hcl oral capsule 100 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL
doxepin hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL
<b>NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG</b>	3	DO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL
<b>PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG</b>	3	DO
<b>PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG</b>	3	QL
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
trimipramine maleate oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA 2 (TETRACÍCLICOS)</b>		
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*	
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*	
<b>REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG</b>	3	
<b>REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE</b>	3	
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA</b>		
<b>SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK</b>	3	PA; LD; QL
<b>SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK</b>	3	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIDEPRESIVOS VARIOS</b>		
<b>APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG</b>	3	ST; DO
<b>APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG</b>	3	ST; QL
<b>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</b>		
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL
bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL
bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO
<b>FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
<b>WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG</b>	3	ST; DO
<b>WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 150 MG, 200 MG</b>	3	ST; QL
<b>WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG</b>	3	ST; DO
<b>WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG</b>	3	ST; QL
<b>CÍCLICOS MODIFICADOS</b>		
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1 or 1a*	DO
trazodone hcl oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL
<b>TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</b>	2	DO
<b>TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG</b>	2	QL
<b>VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG</b>	3	ST; DO
<b>VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG</b>	3	ST; QL
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO
vilazodone hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA (MAO)</b>		
<b>EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR</b>	3	QL
<b>EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR</b>	3	DO
<b>MARPLAN ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>NARDIL ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>PARNATE ORAL TABLET</b>	3	QL
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)</b>		
<b>CELEXA ORAL TABLET</b>	3	ST
<b>CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL CAPSULE</b>	3	ST
citalopram hydrobromide oral solution	1 or 1b*	
citalopram hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral solution	1 or 1b*	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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*	
<b>FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG</b>	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate oral tablet	1 or 1b*	
<b>LEXAPRO ORAL TABLET</b>	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*	
<b>PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST
<b>PAXIL ORAL SUSPENSION</b>	3	ST
<b>PAXIL ORAL TABLET</b>	3	ST
<b>PROZAC ORAL CAPSULE</b>	3	ST
<b>SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE</b>	3	ST
sertraline hcl oral concentrate	1 or 1b*	
sertraline hcl oral tablet	1 or 1b*	
<b>ZOLOFT ORAL CONCENTRATE</b>	3	ST
<b>ZOLOFT ORAL TABLET</b>	3	ST
<b>MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - COMBINACIÓN DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES</b>		
<b>ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>ZURZUVAE ORAL CAPSULE</b>	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>SEROTONINA - INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE NOREPINEFRINA (IRSN)</b>		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	PA; QL
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	1 or 1b*	QL
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	3	ST; QL
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	ST; DO
venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	3	ST; QL
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIDIABÉTICOS</b>		
<b>*ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES***</b>		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
<b>*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP &amp; GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)***</b>		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
<b>*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB***</b>		
TRIARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
<b>AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1)</b>		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	2	PA; QL
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	2	PA; QL
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
RYBELSUS ORAL TABLET	2	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL	metformin hcl oral solution	3	PA; QL
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL	metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA - DERIVADOS DE LA ERGOTAMINA</b>			<b>METFORMIN HCL ORAL TABLET 625 MG</b>	3	PA; QL
CYCLOSET ORAL TABLET	3	QL	metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*	\$0; QL
<b>ANÁLOGOS DE MEGLITINIDAS</b>			<b>RIOMET ORAL SOLUTION</b>	3	PA; QL
nateglinide oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 Y BIGUANIDA</b>		
repaglinide oral tablet	1 or 1b*	QL	alogliptin-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>			<b>JANUMET ORAL TABLET</b>	2	ST; QL
KORLYM ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	<b>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	2	ST; QL
<b>ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA</b>			<b>JENTADUETO ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	<b>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	<b>KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
<b>BIGUANIDAS</b>			saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL	<b>COMBINACIONES DE INSULINA Y MIMÉTICOS DE LA INCRETINA</b>		
metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL	<b>SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	2	ST; QL
metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg, 500 mg	3	ST; QL	<b>XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	2	ST; QL
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*		<b>COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-BIGUANIDA</b>		
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL	glipizide-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
glyburide-metformin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-TIAZOLIDINEDIONAS</b>		
DUETACT ORAL TABLET	3	ST; QL
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 - COMBINACIÓN DE BIGUANIDA</b>		
INVOKAMET ORAL TABLET	3	ST; QL
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
SEGLUROMET ORAL TABLET	3	ST; QL
SYNJARDY ORAL TABLET	2	ST; QL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
<b>INHIBIDOR DE DPP-4 - COMBINACIÓN DE TIAZOLIDINEDIONAS</b>		
alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg	1 or 1b*	ST; QL
<b>INHIBIDOR DE SGLT2 - COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
GLYXAMBI ORAL TABLET	2	ST; QL
QTERN ORAL TABLET	3	ST; QL
STEGLUJAN ORAL TABLET	3	ST; QL
<b>INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)</b>		
bexagliflozin oral tablet	3	ST; QL
BRENZAVVY ORAL TABLET	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
FAXIGA ORAL TABLET	2	ST; QL
INVOKANA ORAL TABLET	3	ST; QL
JARDIANCE ORAL TABLET	2	ST; QL
STEGLATRO ORAL TABLET	3	ST; QL
<b>INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL
miglitol oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)</b>		
alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
JANUVIA ORAL TABLET	2	ST; QL
ONGLYZA ORAL TABLET	3	ST; QL
saxagliptin hcl oral tablet	3	ST; QL
TRADJENTA ORAL TABLET	3	ST; QL
zituvio oral tablet	3	ST; QL
<b>INSULINA HUMANA</b>		
ADMELOG INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT, 4 UNIT, 60X4 & 60X8 & 60X12 UNIT, 8 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT, 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT	3	PA; QL
APIDRA INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL
FIASP INJECTION SOLUTION	3	ST; QL	HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	HUMULIN R INJECTION SOLUTION	2	QL
HUMALOG INJECTION SOLUTION	2	QL	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; QL
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	2	QL	INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	INSULIN ASPART PROT & ASPART SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	2	QL	insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector	3	ST; QL
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	insulin degludec subcutaneous solution	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	QL	NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LYUMJEV INJECTION SOLUTION	2	QL	NOVOLIN R INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
LYUMJEV TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	OTROS AGENTES PARA LA DIABETES		
NOVOLOG INJECTION SOLUTION	3	ST; QL	BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER	3	QL
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER	3	QL
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL	diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL	GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	3	QL
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION	3	ST; QL	GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	PROGLYCEM ORAL SUSPENSION	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
<b>SULFONILUREAS</b>					
glimepiride oral tablet					
1 or 1b* ST; QL					
glipizide er oral tablet extended release 24 hour					
1 or 1a* ST; QL					
glipizide oral tablet					
1 or 1a* ST; QL					
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour					
1 or 1a* ST; QL					

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
glyburide micronized oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
glyburide oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>TIAZOLIDINEDIONAS</b>		
<b>ACTOS ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
pioglitazone hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>TIAZOLIDINEDIONAS-COMBINACIONES DE BIGUANIDA</b>		
<b>ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG</b>	3	ST; QL
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
<b>ANTIDIARRÉICOS</b>		
<b>AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS</b>		
diphenoxylate-atropine oral liquid	1 or 1b*	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	1 or 1b*	
<b>LOMOTIL ORAL TABLET</b>	3	
loperamide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>MOTOFEN ORAL TABLET</b>	3	
<b>ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LAS BENZODIAZEPINAS</b>		
flumazenil intravenous solution	1 or 1b*	
<b>ANTÍDOTOS</b>		
<b>ANTAGONISTAS OPIÁCEOS</b>		
<b>KLOXXADO NASAL LIQUID</b>	2	QL
nalmefene hcl injection solution	3	QL
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	1 or 1b*	QL
naloxone hcl injection solution cartridge	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
naloxone hcl injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL
naloxone hcl nasal liquid	1 or 1b*	QL
naltrexone hcl oral tablet	1 or 1b*	
<b>NARCAN NASAL LIQUID</b>	3	ST; QL
<b>OPVEE NASAL SOLUTION</b>	2	QL
<b>VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	QL
<b>ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	2	QL
<b>ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES</b>		
<b>CHEMET ORAL CAPSULE</b>	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
<b>EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE</b>	3	PA; LD; SP
<b>FERRIPROX ORAL SOLUTION</b>	3	PA; LD
<b>FERRIPROX ORAL TABLET</b>	3	PA; LD
<b>FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET</b>	3	PA; LD
<b>JADENU ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; SP
<b>JADENU SPRINKLE ORAL PACKET</b>	3	PA; LD; SP
<b>ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS</b>		
<b>ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	3		SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/ML	1 or 1b*	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION	3		COMBINACIONES Y KITS DE ANTÍDOTOS		
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 GM	3		NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT 300MG/10ML&12.5 GM/50ML	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP	PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3	SP	ANTIEMÉTICOS		
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC**		
edetate calcium disodium injection solution	3		*		
fomepizole intravenous solution 1.5 gm/1.5ml	1 or 1b*		BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
methylene blue intravenous solution	1 or 1b*		ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT3		
methylene blue intravenous solution prefilled syringe	3		ANZEMET ORAL TABLET 50 MG	3	QL
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION	3		gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	1 or 1b*	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		gransetron hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION	3		ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	1 or 1b*	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE	3		ondansetron hcl injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET	3	PA; LD; QL	ondansetron hcl oral solution	1 or 1b*	QL
ANTÍDOTOS			ondansetron hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3		ondansetron oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
			PALONOSSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION 0.25 MG/2ML	3	PA
			palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml	1 or 1b*	PA
			palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA
			SANCUSO TRANSDERMAL PATCH	3	QL
			SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIEMÉTICOS - AGENTE ANTICOLINÉRGICO</b>			doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL
<b>ANTIVERT ORAL TABLET 50 MG</b>			<b>SUSTANCIA PARA ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NK1</b>		
<b>ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE</b>			<b>APONVIE INTRAVENOUS EMULSION</b>	3	
<b>DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION</b>			aprepitant oral	1 or 1b*	QL
meclizine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*		aprepitant oral capsule	1 or 1b*	QL
scopolamine transdermal patch 72 hour	1 or 1b*		<b>CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION</b>	3	PA; QL
<b>TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION</b>	3		<b>EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG</b>	3	PA; QL
<b>TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR</b>	3		<b>EMEND ORAL CAPSULE 80 MG</b>	3	QL
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*		<b>EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	QL
<b>ANTIEMÉTICOS VARIOS</b>			<b>EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE</b>	3	QL
dronabinol oral capsule	1 or 1b*	QL	fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
<b>MARINOL ORAL CAPSULE 2.5 MG</b>	3	QL	<b>VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	QL
<b>SYNDROS ORAL SOLUTION</b>	3	QL	<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTIEMÉTICOS</b>			<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO BETA 3</b>		
<b>AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL	<b>GEMTESA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL	<b>MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER</b>	3	QL
<b>AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; QL	<b>MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	QL
<b>AKYNZEO ORAL CAPSULE</b>	3	QL	<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS</b>		
<b>BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</b>	3	PA; QL	bethanechol chloride oral tablet	1 or 1b*	
<b>DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	3	PA; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)</b>		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
<b>DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
<b>DETROL ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
<b>GELNIQUE TRANSDERMAL GEL 10 %</b>	3	ST; QL
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
oxybutynin chloride oral solution	1 or 1b*	QL
oxybutynin chloride oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY</b>	3	ST; QL
solifenacina succinato oral tablet	1 or 1b*	QL
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
tolterodine tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
trospium chloride oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>VESICARE LS ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; QL
<b>VESICARE ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS</b>		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIHELMÍNTICOS</b>		
<b>ANTIHELMÍNTICOS</b>		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
<b>BENZNIDAZOLE ORAL TABLET</b>	3	
<b>BILTRICIDE ORAL TABLET</b>	3	
<b>EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE</b>	3	
ivermectin oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
praziquantel oral tablet	1 or 1b*	
<b>STROMECTOL ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS</b>		
<b>*ACL INHIB- INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB***</b>		
<b>NEXLIZET ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>*ANGIPOOETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS***</b>		
<b>EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD
<b>*SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS***</b>		
<b>LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS VARIOS</b>		
icosapent ethyl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
<b>LOVAZA ORAL CAPSULE</b>	3	PA; QL
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
<b>VASCEPA ORAL CAPSULE</b>	2	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA- INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL</b>			<b>INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL</b>		
<b>EZETIMIBE- ROSUVASTATIN ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	ezetimibe oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
ezetimibe-simvastatin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	<b>ZETIA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>ROSZET ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	<b>INHIBIDORES DE ADENOSINA TRIFOSFATO-CITRATO LIASA (ACL)</b>		
<b>VYTORIN ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	<b>NEXLETOL ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO</b>			<b>INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA</b>		
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1 or 1b*	QL	<b>ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG</b>	3	ST; DO
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL	<b>ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG</b>	3	ST; QL
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL	<b>ATORVALIQ ORAL SUSPENSION</b>	3	ST; QL
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	1 or 1b*	QL	atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO; \$0
fenofibric acid oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL	atorvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	DO
fenofibric acid oral tablet	1 or 1b*	QL	atorvastatin calcium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
<b>FENOGLIDE ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	<b>CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>FIBRICOR ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	<b>CRESTOR ORAL TABLET 40 MG</b>	3	ST; QL
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>LIPOFEN ORAL CAPSULE</b>	3	ST; QL	<b>EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG</b>	3	ST; QL
<b>LOPID ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	<b>FLOLIPID ORAL SUSPENSION</b>	3	ST; QL
<b>TRICOR ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; \$0; QL
<b>TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE</b>	3	ST; QL	fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*	DO; \$0
<b>DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO</b>					
niacin (antihyperlipidemic) oral tablet	1 or 1b*	ST; QL			
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release	1 or 1b*	ST; QL			
niacor oral tablet	1 or 1b*	ST; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	ST; DO
LIPITOR ORAL TABLET 80 MG	3	ST; QL
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	3	ST; DO
LIVALO ORAL TABLET 4 MG	3	ST; QL
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO; \$0
lovastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*	\$0; QL
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg	3	ST; DO
pitavastatin calcium oral tablet 4 mg	3	ST; QL
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; \$0
pravastatin sodium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	\$0; QL
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; \$0
rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; \$0
simvastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*	\$0; QL
simvastatin oral tablet 80 mg	1 or 1b*	PA; QL
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	ST; DO
ZOCOR ORAL TABLET 40 MG	3	ST; QL
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG	3	ST; DO
ZYPITAMAG ORAL TABLET 4 MG	3	ST; QL
INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA DE TRANSFERENCIA DE TRIGLICÉRIDOS MICROSOMALES		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG	3	PA; LD; DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	3	PA; LD; QL
INHIBIDORES DE PCSK9		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	PA; QL
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
SECUESTRADORES DEL ÁCIDO BILIAR		
cholestyramine light oral packet	1 or 1b*	QL
cholestyramine light oral powder	1 or 1b*	QL
cholestyramine oral packet	1 or 1b*	QL
cholestyramine oral powder	1 or 1b*	QL
colesevelam hcl oral packet	3	QL
colesevelam hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
COLESTID FLAVORED ORAL GRANULES	3	QL
COLESTID FLAVORED ORAL PACKET	3	QL
COLESTID ORAL GRANULES	3	QL
COLESTID ORAL PACKET	3	QL
COLESTID ORAL TABLET	3	QL
colestipol hcl oral granules	1 or 1b*	QL
colestipol hcl oral packet	1 or 1b*	QL
colestipol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
prevalite oral packet	1 or 1b*	QL
prevalite oral powder	1 or 1b*	QL
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER	3	QL
QUESTRAN ORAL PACKET	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
QUESTRAN ORAL POWDER	3	QL
WELCHOL ORAL PACKET	3	QL
WELCHOL ORAL TABLET	3	QL
<b>ANTIHIPERTENSIVOS</b>		
<b>AGENTES PARA FEOCROMOCITOMAS</b>		
DEMSER ORAL CAPSULE	3	PA; QL
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE	3	PA; QL
metyrosine oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
phenoxybenzamine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
phenotolamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES D1 DE LA DOPAMINA</b>		
CORLOPAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
ATACAND ORAL TABLET 16 MG, 32 MG	3	QL
ATACAND ORAL TABLET 4 MG, 8 MG	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 300 MG	3	QL
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 5 MG	3	DO
BENICAR ORAL TABLET 40 MG	3	QL
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg	1 or 1b*	QL
candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	DO
COZAAR ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	QL
COZAAR ORAL TABLET 25 MG	3	DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG, 320 MG	3	QL
DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 40 MG	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG	3	QL
irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL
losartan potassium oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
losartan potassium oral tablet 25 mg	1 or 1b*	DO
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	DO
MICARDIS ORAL TABLET 80 MG	3	QL
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
telmisartan oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
VALSARTAN ORAL SOLUTION	3	PA; QL
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg	1 or 1b*	QL
valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II- BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
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
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg	1 or 1b*	DO
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-25 MG	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG</b>	3	DO
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg	1 or 1b*	DO
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
<b>TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG</b>	3	DO
<b>TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG</b>	3	QL
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO DE ALDOSTERONA (SARA)</b>		
plerenone oral tablet	1 or 1b*	
<b>INSPRA ORAL TABLET</b>	3	
<b>ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN CENTRAL</b>		
<b>CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY</b>	3	QL
<b>CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY</b>	3	QL
<b>CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY</b>	3	QL
clonidine hcl er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	1 or 1a*	DO
clonidine hcl oral tablet 0.3 mg	1 or 1a*	QL
clonidine transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL
guanfacine hcl oral tablet	1 or 1b*	
methyldopa oral tablet 250 mg	1 or 1b*	DO
methyldopa oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL
<b>NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN PERIFÉRICA</b>		
<b>CARDURA ORAL TABLET</b>	3	QL
doxazosin mesylate oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>MINIPRESS ORAL CAPSULE</b>	3	
prazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	
terazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>ANTIHIPERTENSIVOS VARIOS</b>		
<b>VECAMYL ORAL TABLET</b>	3	
<b>COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO</b>		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg	1 or 1b*	QL
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg	1 or 1b*	DO
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL
amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg	1 or 1b*	DO
<b>AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG</b>	3	QL
<b>AZOR ORAL TABLET 5-20 MG</b>	3	DO
<b>EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG</b>	3	QL
<b>EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG</b>	3	DO
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	1 or 1b*	QL
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS TIPO TIAZIDA</b>			telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg, 80-25 mg	1 or 1b*	QL
<b>ATACAND HCT ORAL TABLET</b>	3	QL	valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	DO
<b>AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG</b>	3	QL	valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg	1 or 1b*	QL
<b>BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG</b>	3	DO	<b>COMBINACIONES DE BETABLOQUEADORES Y DIURÉTICOS</b>		
<b>BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG</b>	3	QL	atenolol-chlorthalidone oral tablet	1 or 1b*	QL
candesartan cilexetil-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL	bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG</b>	3	DO	metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG</b>	3	QL	<b>TENORETIC 100 ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>EDARBYCLOR ORAL TABLET</b>	3	QL	<b>TENORETIC 50 ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG</b>	3	QL	<b>INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (ECA) Y COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO</b>		
<b>HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG</b>	3	DO	amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL	amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	1 or 1b*	DO
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	1 or 1b*	QL	<b>LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG</b>	3	QL
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	1 or 1b*	DO	<b>LOTREL ORAL CAPSULE 5-10 MG, 5-20 MG</b>	3	DO
<b>MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG</b>	3	DO	<b>PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG</b>	3	QL
<b>MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-12.5 MG, 80-25 MG</b>	3	QL	<b>PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG</b>	3	DO
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	DO	trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg	1 or 1b*	QL			
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg	1 or 1b*	DO			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INHIBIDORES DE LA ECA Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/DIURÉTICO TIPO TIAZIDA</b>		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG	3	DO
ACCURETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG	3	QL
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 5-6.25 mg	1 or 1b*	DO
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	1 or 1b*	QL
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG	3	DO
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG	3	QL
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL
VASERETIC ORAL TABLET	3	QL
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	DO
ACCUPRIL ORAL TABLET 40 MG	3	QL
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	DO
ALTACE ORAL CAPSULE 10 MG	3	QL
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
benazepril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1a*	QL
captopril oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL
captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral solution	1 or 1b*	QL
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL
enalaprilat intravenous injectable	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION	3	QL
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG	3	QL
moexipril hcl oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL
moexipril hcl oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL
<b>QBRELIS ORAL SOLUTION</b>	3	QL
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
ramipril oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
trandolapril oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL
<b>VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG</b>	3	DO
<b>VASOTEC ORAL TABLET 20 MG</b>	3	QL
<b>ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG</b>	3	DO
<b>ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG</b>	3	QL
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA</b>		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	DO
aliskiren fumarate oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL
<b>TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG</b>	3	DO
<b>TEKTURNA ORAL TABLET 300 MG</b>	3	QL
<b>VASODILATADORES</b>		
hydralazine hcl injection solution	1 or 1b*	
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
<b>NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.9 MG/100ML-%, 50-0.9 MG/100ML-%</b>	3	
nitroprusside sodium intravenous solution	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sodium nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>		
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS</b>		
ryclora oral solution	3	ST
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS</b>		
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
<b>CARBINOXAMINE MALEATE ORAL TABLET 6 MG</b>	3	ST; QL
<b>CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP</b>	3	ST; QL
clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg	1 or 1b*	ST; QL
diphenhydramine hcl injection solution	1 or 1b*	
diphenhydramine hcl oral elixir	1 or 1a*	QL
<b>KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE</b>	3	ST; QL
<b>RYVENT ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - FENOTIAZINA</b>		
<b>PHENERGAN INJECTION SOLUTION</b>	3	
promethazine hcl injection solution	1 or 1a*	
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL
promethazine hcl oral syrup	1 or 1a*	QL
promethazine hcl oral tablet	1 or 1a*	QL
promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL
promethegan rectal suppository	1 or 1b*	QL
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - NO SEDANTES</b>		
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	1 or 1b*	QL
<b>CLARINEX ORAL TABLET</b>	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
desloratadine oral tablet	1 or 1b*	QL
desloratadine oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
levocetirizine dihydrochloride oral solution	1 or 1b*	QL
levocetirizine dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>QUZYTTIR INTRAVENOUS SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>ANTIHISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS</b>		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
<b>ANTIMICÓTICOS</b>		
<b>*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS)***</b>		
<b>BREXAFEMME ORAL TABLET</b>	<b>3</b>	PA; QL
<b>*TETRAZOLES***</b>		
<b>VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK</b>	<b>3</b>	PA; QL
<b>ANTIMICÓTICO - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DEL GLUCANO (EQUINOCANDINAS)</b>		
<b>CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	QL
<b>CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	QL
<b>ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
<b>MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>1 or 1b*</b>	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
<b>REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
<b>ANTIMICÓTICOS</b>		
<b>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION</b>	<b>3</b>	
<b>AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
amphotericin b intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	1 or 1b*	
<b>ANCOBON ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA
flucytosine oral capsule	1 or 1b*	PA
griseofulvin microsize oral suspension	1 or 1b*	
griseofulvin microsize oral tablet	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet	1 or 1b*	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>IMIDAZOLES</b>		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>TRIAZOLES</b>		
<b>CRESEMBÁ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	PA; QL
<b>CRESEMBÁ ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA; QL
<b>DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	QL
<b>DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG</b>	<b>3</b>	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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	1 or 1b*	QL
fluconazole oral tablet	1 or 1b*	QL
itraconazole oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
itraconazole oral solution	1 or 1b*	PA; QL
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NOXAFIL ORAL PACKET	3	PA; QL
NOXAFIL ORAL SUSPENSION	3	PA; QL
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL
posaconazole intravenous solution	1 or 1b*	
posaconazole oral suspension	1 or 1b*	PA; QL
posaconazole oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL
SPORANOX ORAL CAPSULE	3	PA; QL
SPORANOX ORAL SOLUTION	3	PA; QL
TOLSURA ORAL CAPSULE	3	PA; QL
VFEND IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL
VFEND ORAL TABLET	3	PA; QL
voriconazole intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
voriconazole oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
voriconazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS</b>		
<b>*ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS***</b>		
TRUQAP ORAL TABLET	3	PA; QL
<b>*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS***</b>		
ALECENSA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
ALUNBRIG ORAL TABLET	2	PA; LD; QL
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; LD; QL
LORBRENA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
XALKORI ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	PA; QL; SP
ZYKADIA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ALLOGENEIC CELLULAR IMMUNOTHERAPY***</b>		
OMISRIGE INTRAVENOUS SUSPENSION	3	
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS***</b>		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES***</b>		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES***</b>		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas		
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***</b>							
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES***</b>							
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; SP	SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX***</b>				
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP		
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES***</b>				
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	YEROVY INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***</b>							
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES***</b>				
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***</b>							
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD		
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***</b>			UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4.5 MG	3	PA; LD; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS***</b>				
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS***</b>							
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	3	LD; SP	HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; SP		
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP	MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; SP
TUKYSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES***		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES***		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES***		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX***		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS***		
BOSULIF ORAL TABLET	2	PA; QL; SP
GLEEVEC ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
ICLUSIG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*	PA; QL; SP
SCEMBLIX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
SPRYCEL ORAL TABLET	2	PA; QL; SP
TASIGNA ORAL CAPSULE	2	PA; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS***		
BRUKINSA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
CALQUENCE ORAL TABLET	2	PA; LD; QL
IMBRUVICA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	2	PA; LD; QL
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	2	PA; LD; QL
JAYPIRCA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas		
<b>*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS***</b>							
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	TAZVERIK ORAL TABLET	3	PA; LD; QL		
erlotinib hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES***</b>				
EXKIVITY ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
gefitinib oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS***</b>				
GILOTrif ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	AYVAKIT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL		
IRESSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS***</b>				
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP	GAVRETO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP		
TAGRISSO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	RETEVMO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP		
TARCEVA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	<b>*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS***</b>				
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5ML, 400 MG/20ML	3	PA; LD; SP	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	3	PA; LD; QL		
VIZIMPRO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL		
<b>*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS***</b>							
OGSIVEO ORAL TABLET	3	PA; QL	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL		
<b>*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS***</b>							
WELIREG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	3	PA; LD; QL		
<b>*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS***</b>							
KRAZATI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL		
LUMAKRAS ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL		
<b>*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS***</b>							
TABRECTA ORAL TABLET	3	PA; QL; SP					
TEPMETKO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL					

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
<b>*MYELOPROTECTIVE AGENTS***</b>		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
<b>*OTOPROTECTIVE AGENTS***</b>		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
<b>*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS***</b>		
ORSERDU ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
<b>*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX***</b>		
TRODELVV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
<b>AGENTES ALQUILANTES</b>		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION	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	3	PA; LD; SP
busulfan intravenous solution	1 or 1b*	SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
carboplatin intravenous solution	1 or 1b*	SP
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	1 or 1b*	SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
kemoplat intravenous solution	3	SP
MYLERAN ORAL TABLET	2	
oxaliplatin intravenous solution	1 or 1b*	SP
oxaliplatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
paraplatin intravenous solution 1000 mg/100ml	1 or 1b*	SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
thiotepa injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
vivimusta intravenous solution	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<b>AGENTES DE LA ENZIMA CARBOXIPEPTIDASA</b>		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
<b>AGENTES DE RESCATE ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO</b>		
KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 175 MG	3	PA; LD; SP
leucovorin calcium injection solution	1 or 1b*	
leucovorin calcium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
leucovorin calcium oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
levoleucovorin calcium intravenous solution reconstituted 50 mg	1 or 1b*	PA	LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP
levoleucovorin calcium pf intravenous solution	1 or 1b*		LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP
<b>AGENTES PROTECTORES CARDÍACOS</b>					
dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
dexrazoxane intravenous solution reconstituted 250 mg	1 or 1b*	SP	ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	PA; QL; SP
<b>AGENTES PROTECTORES DEL TRACTO URINARIO</b>					
ETHYOL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	<b>ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO</b>		
mesna intravenous solution	1 or 1b*	PA	FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; SP
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; SP
MESNEX ORAL TABLET	2	PA	<b>ANTAGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINA (GNRH)</b>		
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS</b>					
bexarotene oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP	FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
TARGRETIN ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP	FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	3	PA; QL; SP
<b>ANÁLOGOS DE LHRH</b>			ORGOVYX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL	<b>ANTIANDRÓGENOS</b>		
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; QL; SP	bicalutamide oral tablet	1 or 1b*	QL
leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable	3	PA; QL; SP	CASODEX ORAL TABLET	3	QL
leuprolide acetate injection kit	1 or 1b*	PA; SP	ERLEADA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP	EULEXIN ORAL CAPSULE	3	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	3	PA; QL; SP	NILANDRON ORAL TABLET	3	QL
			nilutamide oral tablet	1 or 1b*	QL
			NUBEQA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
XTANDI ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
XTANDI ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
<b>ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS</b>		
adriamycin intravenous solution reconstituted 50 mg	1 or 1b*	SP
bleomycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP
COSMEGEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
dactinomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
DOXIL INTRAVENOUS INJECTABLE	3	PA; SP
doxorubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	SP
doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable	1 or 1b*	PA; SP
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
idarubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
mitomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
mitoxantrone hcl intravenous concentrate	1 or 1b*	SP
mutamycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
valrubicin intravesical solution	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION	3	LD; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTICUERPO ANTINEOPLÁSICO - COMPLEJOS DE FÁRMACOS</b>		
<b>ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION</b>		
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<b>ANTICUERPOS ANTIADRENAL</b>		
LYSODREN ORAL TABLET	2	LD; QL
<b>ANTIESTRÓGENOS</b>		
FARESTON ORAL TABLET	3	QL
SOLTAMOX ORAL SOLUTION	2	\$0
tamoxifen citrate oral tablet	1 or 1b*	\$0
toremifene citrate oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
azacitidine injection suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
capecitabine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
cladribine intravenous solution 10 mg/10ml	1 or 1b*	SP
clofarabine intravenous solution	1 or 1b*	SP
CLOLAR INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
cytarabine (pf) injection solution	1 or 1b*	SP
cytarabine injection solution	1 or 1b*	SP
decitabine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
flouxuridine injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP	pemetrexed disodium intravenous solution 100 mg/4ml, 500 mg/20ml	3	PA; SP
fludarabine phosphate intravenous solution 25 mg/ml	3	SP	pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; SP
fludarabine phosphate intravenous solution 50 mg/2ml	1 or 1b*	SP	pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted	3	PA; SP
fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	pemetrexed intravenous solution 1 gm/40ml, 100 mg/4ml	3	PA; SP
fluorouracil intravenous solution	1 or 1b*	SP	pemetrexed intravenous solution 500 mg/20ml	3	PA; LD
<b>FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	SP	<b>PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD
<b>GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 2 GM/20ML, 2 GM/52.6ML, 200 MG/2ML</b>	1 or 1b*	SP	pralatrexate intravenous solution	1 or 1b*	SP
<b>GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/26.3ML, 1.5 GM/15ML, 200 MG/5.26ML</b>	3	SP	<b>PURIXAN ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; LD
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	<b>TABLOID ORAL TABLET</b>	2	
<b>JYLAMVO ORAL SOLUTION</b>	3	PA	<b>TREXALL ORAL TABLET</b>	2	ST
mercaptopurine oral tablet	1 or 1b*		<b>VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	1 or 1b*		<b>XATMEP ORAL SOLUTION</b>	3	PA
methotrexate sodium injection solution 1000 mg/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	1 or 1b*		<b>XELODA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; SP
methotrexate sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*		<b>ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES FOTOACTIVADOS</b>		
methotrexate sodium oral tablet	1 or 1b*		<b>PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
nelarabine intravenous solution	1 or 1b*	SP	<b>UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION</b>	3	
<b>ONUREG ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPO PARA TERAPIA CON RADIOFÁRMACOS</b>		
pemetrexed disodium intravenous solution 1 gm/40ml, 850 mg/34ml	3	SP	<b>ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT</b>	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTINEOPLÁSICOS - COMBINACIONES DE AGENTES HORMONALES Y OTROS RELACIONADOS		
AKEEGA ORAL TABLET	3	PA; QL
ANTINEOPLÁSICOS - ENGRAPADORES DE CÉLULAS T BIESPECÍFICOS		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE BCL-2		
VENCLEXTA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA DEL RECEPTOR DE LA TROPOMIOSINA		
AUGTYRO ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ROZLYTREK ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
ROZLYTREK ORAL PACKET	3	PA; QL; SP
VITRAKVI ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
VITRAKVI ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA MTOR		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; SP
AFINITOR ORAL TABLET	3	PA; SP
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; SP
everolimus oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; SP
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD
temsirolimus intravenous solution	1 or 1b*	PA; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA BRAF		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	3	PA; LD; QL; SP
TAFINLAR ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD; QL; SP
ZELBORAFL ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DE FIBROBLASTOS (FCF)		
BALVERSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
PEMAZYRE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA HISTONA DESACETILASA		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
ROMIDEPSIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
romidepsin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE	2	PA; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE HEDGEHOG		
DAURISMO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
ERIVEDGE ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
ODOMZO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MEK		
COTELLIC ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
KOSELUGO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
MEKINIST ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
MEKTOVI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL PROTEASOMA		
bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg	3	PA; SP
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	1 or 1b*	PA; SP
bortezomib intravenous solution	3	PA; SP
BORTEZOMIB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES MULTICINASAS		
CABOMETYX ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
CAPRELSA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	3	PA; LD; QL; SP
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	3	PA; LD; QL; SP
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT	3	PA; LD; QL; SP
FOTIVDA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
lapatinib ditosylate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
NERLYNX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
NEXAVAR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
pazopanib hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
QINLOCK ORAL TABLET	3	PA; LD; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	
RYDAPT ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP	MATULANE ORAL CAPSULE	2	LD	
sorafenib tosylate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP	
STIVARGA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP	TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	SP	
sunitinib malate oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/6ML	3	SP	
SUTENT ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	COMBINACIONES DE ANTINEOPLÁSICOS			
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	3	PA; LD; QL	DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	
TYKERB ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	LD; SP	
VANFLYTA ORAL TABLET	3	PA; QL	INQOVI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	
VOTRIENT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP	
XOSPATA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP	
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOMODULADORES			KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP	
POMALYST ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	LONSURF ORAL TABLET	3	PA; LD; SP	
ANTINEOPLÁSICOS - INTERLEUCINAS			PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD	RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	LD; SP	
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 44-100 MG	3	LD; SP	
ANTINEOPLÁSICOS VARIOS						
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP				
ALFERON N INJECTION SOLUTION	3	SP				
arsenic trioxide intravenous solution	1 or 1b*	SP				
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL				
dacarbazine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP				
HYDREA ORAL CAPSULE	3					
hydroxyurea oral capsule	1 or 1b*					

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - AGENTES DE HIPERURICEMIA</b>		
<b>ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP
<b>COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - FACTORES DE CRECIMIENTO DE LOS QUERATINOCITOS</b>		
<b>KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.16 MG</b>	3	SP
<b>ENZIMAS ANTINEOPLÁSICAS</b>		
<b>ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD
<b>ONCASPAR INJECTION SOLUTION</b>	3	PA; LD
<b>RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP
<b>ESTRÓGENOS - ANTINEOPLÁSICOS</b>		
<b>EMCYT ORAL CAPSULE</b>	2	PA
<b>IMIDAZOTETRAZINA</b>		
<b>TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	2	PA; SP
temozolomide oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP
<b>INHIBidores DE BIOSÍNTESIS DE ANDRÓGENOS</b>		
abiraterone acetate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
<b>YONSA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>ZYTIGA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>INHIBidores DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 1 (IDH1)</b>		
<b>REZLIDHIA ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL
<b>TIBSOVO ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INHIBidores DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 2 (IDH2)</b>		
<b>IDHIFA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>INHIBidores DE LA AROMATASA</b>		
anastrozole oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
<b>ARIMIDEX ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>AROMASIN ORAL TABLET</b>	3	QL
exemestane oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
<b>FEMARA ORAL TABLET</b>	3	QL
letrozole oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
<b>INHIBidores DE LA CINASA JANUS (JAK) ASOCIADOS</b>		
<b>INREBIC ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>JAKAFI ORAL TABLET</b>	2	PA; LD; QL; SP
<b>OJJAARA ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>VONJO ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL
<b>INHIBidores DE LA FOSFOINOSITIDA-3-QUINASAS (PI3K)</b>		
<b>ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD
<b>COPIKTRA ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	PA; QL; SP
<b>PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	PA; QL; SP
<b>PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	PA; QL; SP
<b>ZYDELIG ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>INHIBidores DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP)</b>		
<b>LYNPARZA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RUBRACA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
TALZENNA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
ZEJULA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE LA QUINASA DEPENDIENTE DE CICLINA (CDK)		
IBRANCE ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
IBRANCE ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP
VERZENIO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
HYCAMTIN ORAL CAPSULE	2	PA; SP
irinotecan hcl intravenous solution	1 or 1b*	SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
topotecan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
INHIBIDORES DEL VEGF		
ALYMSYS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE	3	PA; QL
INLYTA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
INHIBIDORES MIÓTICOS		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE 160 MG/8ML, 20 MG/ML</b>	1 or 1b*	PA; SP	<b>MOSTAZAS DE NITRÓGENO</b>		
<b>DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE 80 MG/4ML</b>	3	PA; SP	cyclophosphamide injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP
<b>DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML</b>	3	PA; SP	<b>CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML</b>	3	SP
<b>DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/2ML</b>	1 or 1b*	PA; SP	<b>CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML</b>	1 or 1b*	
<b>DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION 80 MG/8ML</b>	1 or 1b*	SP	<b>CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/2.5ML</b>	1 or 1b*	SP
<b>ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	SP	cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml	3	
etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml	1 or 1b*	SP	cyclophosphamide oral capsule	1 or 1b*	SP
etoposide oral capsule	1 or 1b*	SP	<b>CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET</b>	3	
<b>HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; SP	<b>EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	LD; SP
<b>IXEMPRA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; SP	<b>IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	SP
<b>JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; SP	ifosfamide intravenous solution	1 or 1b*	SP
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml	1 or 1b*	SP	ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	SP
<b>PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP	<b>IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM</b>	3	SP
vinblastine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	SP	<b>LEUKERAN ORAL TABLET</b>	2	
vincristine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	SP	melphalan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
vinorelbine tartrate intravenous solution	1 or 1b*	SP	melphalan oral tablet	1 or 1b*	SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	3	PA; SP
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
<b>PROGESTINAS - ANTINEOPLÁSICOS</b>		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*	
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*	
<b>RADIOFÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS</b>		
AZEDRA DOSIMETRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
AZEDRA THERAPEUTIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION 30 MCC/ML	3	PA; LD
<b>RETINIODES</b>		
tretinoin oral capsule	1 or 1b*	
<b>TETRAHIDROISOQUINOLINAS</b>		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
ARAKODA ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET	3	PA; QL
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG, 400 MG	1 or 1b*	QL
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
KRINTAFEL ORAL TABLET	3	QL
mefloquine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
PLAQUENIL ORAL TABLET	3	QL
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	1 or 1b*	
pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
QUALAQIN ORAL CAPSULE	3	PA; QL
quinine sulfate oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
<b>COMBINACIONES DE ANTIPALÚDICOS</b>		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET	3	
MALARONE ORAL TABLET	3	
<b>ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS</b>		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ADENOSINA		
NOURIANZ ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
<b>COMBINACIONES DE LEVODOPA</b>		
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 25-250 mg	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG</b>	3	QL	carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>			carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg	1 or 1b*	
carbidopa oral tablet	1 or 1b*		carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	1 or 1b*	
<b>ANTIPARKINSONIANOS</b>			<b>DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG</b>	3	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS</b>			<b>DUOPA ENTERAL SUSPENSION</b>	3	PA; LD; SP
<b>APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG</b>	3	QL
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	<b>SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG</b>	3	
<b>MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 MG, 0.75 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG, 4.5 MG</b>	3	QL	<b>STALEVO 100 ORAL TABLET</b>	3	
<b>NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR</b>	3	QL	<b>STALEVO 125 ORAL TABLET</b>	3	
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL	<b>STALEVO 150 ORAL TABLET</b>	3	
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL	<b>STALEVO 200 ORAL TABLET</b>	3	
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*		<b>STALEVO 50 ORAL TABLET</b>	3	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*		<b>STALEVO 75 ORAL TABLET</b>	3	
<b>ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS</b>			<b>DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS</b>		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*		amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*		amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*		amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*		bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
<b>COMBINACIONES DE LEVODOPA</b>			bromocriptine mesylate oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	1 or 1b*		<b>GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG</b>	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE	3	PA; LD; QL
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129 MG	3	PA; DO
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 193 MG	3	PA; QL
PARLODEL ORAL CAPSULE	3	
PARLODEL ORAL TABLET	3	
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA CATECOL-O-METILTRANSFERASA (COMT) CENTRALES/PERIFÉRICOS		
TASMAR ORAL TABLET 100 MG	3	PA; QL
tolcapone oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA MONOAMINO OXIDASA		
AZILECT ORAL TABLET	3	QL
rasagiline mesylate oral tablet	1 or 1b*	QL
selegiline hcl oral capsule	1 or 1b*	
selegiline hcl oral tablet	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET	3	PA; QL
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE	3	PA; QL
INHIBIDORES COMT PERIFÉRICOS		
COMTAN ORAL TABLET	3	QL
entacapone oral tablet	1 or 1b*	QL
ONGENTYS ORAL CAPSULE	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
LODOSYN ORAL TABLET	3	
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
ANTISÉPTICOS DE CLORO		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
ANTISÉPTICOS DE YODO		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
formaldehyde external solution 10 %	1 or 1b*	
ANTIVIRALES		
*ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS***		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
*ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR***		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	PA; QL
*ANTIVIRAL COMBINATIONS***		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
*MISC. ANTIVIRALS***		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE	3	QL
TEMBEXA ORAL SUSPENSION	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TEMBEZA ORAL TABLET	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
TPOXX ORAL CAPSULE	3	
<b>AGENTES DEL CITOMEGLOVIRUS (CMV)</b>		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	
foscarnet sodium intravenous solution 6000 mg/250ml	1 or 1b*	
<b>FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION 6000 MG/250ML</b>	3	
<b>GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	SP
<b>GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
<b>LIVTENCITY ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL
<b>PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; QL; SP
<b>PREVYMIS ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP
<b>VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>VALCYTE ORAL TABLET</b>	3	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	
<b>AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA PURINA</b>		
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*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SITAVIG BUCCAL TABLET	3	PA; QL
valacyclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>VALTREX ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA TIMIDINA</b>		
famciclovir oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>AGENTES PARA EL RSV - ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS</b>		
ribavirin inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS B</b>		
adefovir dipivoxil oral tablet	1 or 1b*	QL; SP
<b>BARACLUDE ORAL SOLUTION</b>	2	QL
<b>BARACLUDE ORAL TABLET</b>	3	QL
entecavir oral tablet	1 or 1b*	QL
lamivudine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL
<b>VEMLIDY ORAL TABLET</b>	3	QL; SP
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS C - COMBINACIONES</b>		
<b>EPCLUSA ORAL PACKET</b>	3	PA; QL; SP
<b>EPCLUSA ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP
<b>HARVONI ORAL PACKET</b>	3	PA; QL; SP
<b>HARVONI ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP
<b>LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP
<b>MAVYRET ORAL PACKET</b>	3	PA; QL; SP
<b>MAVYRET ORAL TABLET</b>	3	PA; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
VOSEVI ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
ZEPATIER ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
AGENTES PARA LA HEPATITIS C		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	3	LD; QL; SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL; SP
ribavirin oral capsule	1 or 1b*	QL; SP
ribavirin oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL; SP
SOVALDI ORAL PACKET	3	PA; QL; SP
SOVALDI ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
AGENTES PARA LA INFLUENZA		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIRRETRÓVIRALES - ANTAGONISTA DE CCR5 (INHIBIDOR DE ENTRADA)		
maraviroc oral tablet	1 or 1b*	QL
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	QL
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG	3	QL
ANTIRRETRÓVIRALES - INHIBIDOR POSUNIÓN DIRIGIDO A CD4		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
ANTIRRETRÓVIRALES - INHIBIDORES DE FUSIÓN		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	2	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIRRETRÓVIRALES - INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE	3	LD; QL
ISENTRESS HD ORAL TABLET	3	QL
ISENTRESS ORAL PACKET	3	QL
ISENTRESS ORAL TABLET	3	QL
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE	3	QL
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	3	QL
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE	3	QL
ANTIRRETRÓVIRALES - INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS ORAL CAPSULE	2	PA; QL
atazanavir sulfate oral capsule	1 or 1b*	QL
darunavir oral tablet	1 or 1b*	QL
fosamprenavir calcium oral tablet	1 or 1b*	QL
LEXIVA ORAL TABLET	3	QL
NORVIR ORAL PACKET	3	QL
NORVIR ORAL TABLET	3	QL
PREZISTA ORAL SUSPENSION	2	QL
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	2	QL
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	3	QL
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	3	QL
REYATAZ ORAL PACKET	2	QL
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	QL
VIRACEPT ORAL TABLET	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIRRETRÓVIRALES - INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (RTI) NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS</b>		
<b>EDURANT ORAL TABLET</b>	2	PA; QL
efavirenz oral tablet	1 or 1b*	QL
etravirine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
<b>INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG</b>	3	PA; QL
<b>INTELENCE ORAL TABLET 25 MG</b>	2	PA; QL
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	1 or 1b*	QL
nevirapine oral suspension	1 or 1b*	QL
nevirapine oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>PIFELTRO ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>ANTIRRETRÓVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS</b>		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
<b>VIREAD ORAL POWDER</b>	2	QL
<b>VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG</b>	2	QL
<b>VIREAD ORAL TABLET 300 MG</b>	3	QL
<b>ANTIRRETRÓVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- PIRIMIDINAS</b>		
emtricitabine oral capsule	1 or 1b*	\$0; QL
<b>EMTRIVA ORAL CAPSULE</b>	3	QL
<b>EMTRIVA ORAL SOLUTION</b>	2	QL
<b>EPIVIR ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>EPIVIR ORAL TABLET</b>	3	QL
lamivudine oral solution	1 or 1b*	QL
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTIRRETRÓVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- PURINAS</b>		
abacavir sulfate oral solution	1 or 1b*	QL
abacavir sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ZIAGEN ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>ANTIRRETRÓVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- TIMIDINAS</b>		
<b>RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION</b>	2	
<b>RETROVIR ORAL CAPSULE</b>	3	QL
<b>RETROVIR ORAL SYRUP</b>	3	QL
zidovudine oral capsule	1 or 1b*	QL
zidovudine oral syrup	1 or 1b*	QL
zidovudine oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ANTIRRETRÓVIRALES COMPLEMENTARIOS</b>		
<b>TYBOST ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>COMBINACIONES DE ANTIRRETRÓVIRALES</b>		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>BIKTARVY ORAL TABLET</b>	2	QL
<b>CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE</b>	3	PA; LD; QL
<b>CIMDUO ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>COMPLERA ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>DELSTRIGO ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG</b>	2	QL
<b>DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG</b>	2	\$0; QL
<b>DOVATO ORAL TABLET</b>	2	QL
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet	1 or 1b*	QL
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	QL
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*	\$0; QL
<b>EPZICOM ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>EVOTAZ ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>GENVOYA ORAL TABLET</b>	2	QL
<b>JULUCA ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>KALETRA ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>KALETRA ORAL TABLET</b>	3	QL
lamivudine-zidovudine oral tablet	1 or 1b*	QL
lopinavir-ritonavir oral solution	1 or 1b*	QL
lopinavir-ritonavir oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ODEFSEY ORAL TABLET</b>	2	QL
<b>PREZCOBIX ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>STRIBILD ORAL TABLET</b>	2	QL
<b>SYMFLO ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>SYMFORAL TABLET</b>	3	QL
<b>SYMTUZA ORAL TABLET</b>	2	QL
<b>TRIUMEQ ORAL TABLET</b>	2	QL
<b>TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE</b>	2	QL
<b>TRUVADA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>INHIBIDORES DE ENDONUCLEASAS PA</b>		
<b>XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG</b>	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG</b>	3	QL
<b>INHIBIDORES DE LA NEURAMINIDASA</b>		
oseltamivir phosphate oral capsule	1 or 1b*	QL
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
<b>RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT</b>	2	QL
<b>TAMIFLU ORAL CAPSULE</b>	3	QL
<b>TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML</b>	3	QL
<b>BETABLOQUEADORES</b>		
<b>BETABLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS</b>		
acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
<b>BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML</b>	3	
<b>BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>BYSTOLIC ORAL TABLET</b>	3	
esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML	3		nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution	1 or 1b*		nadolol oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE	3		pindolol oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
LOPRESSOR ORAL TABLET	3		pindolol oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*		propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	1 or 1a*		propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg	1 or 1b*	QL
metoprolol tartrate oral tablet	1 or 1a*		propranolol hcl intravenous solution	1 or 1b*	
nebivolol hcl oral tablet	1 or 1b*		propranolol hcl oral solution	1 or 1b*	QL
TENORMIN ORAL TABLET	3		propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3		propranolol hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
<b>BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS</b>			sotalol hcl (af) oral tablet	1 or 1b*	
BETAPACE AF ORAL TABLET	3		SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	3	QL	sotalol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
CORGARD ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	DO	SOTYLIZE ORAL SOLUTION	3	
HEMANGEOL ORAL SOLUTION	3		timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 60 MG, 80 MG	3	DO	timolol maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 160 MG	3	QL	<b>BLOQUEADORES DE RECEPTORES DUALES ALFA Y BETA</b>		
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL	carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1 or 1b*	DO
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL	carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL
			carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
			carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg	1 or 1b*	QL
			COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	DO
			COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 3.125 MG, 6.25 MG	3	DO	CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	3	QL
COREG ORAL TABLET 25 MG	3	QL	CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG	3	QL
labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml	3		CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	3	DO
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	DO	cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
labetalol hcl oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL	cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL
LABETALOL HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 200-5 MG/200ML-%	3		CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION 25 MG/50ML, 50 MG/100ML	3	
LABETALOL HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.72 MG/100ML-%, 200-0.72 MG/200ML-%, 300-0.72 MG/300ML-%	3		CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG	3	ST; DO
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO			CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG	3	ST; QL
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO			diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
amlodipine besylate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL	diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL
amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO	diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.86 MG/200ML-%, 40-0.83 MG/200ML-%	3		diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	3	DO	diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	3	QL	diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg	1 or 1b*	DO
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	3	DO	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, 240 mg	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl intravenous solution	1 or 1b*	
<b>DILTAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL
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
<b>KATERZIA ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; QL
levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
levamlodipine maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL
matzim la oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
<b>NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.9 MG/200ML-%, 40-0.9 MG/200ML-%</b>	3	
nicardipine hcl intravenous solution	1 or 1b*	
nicardipine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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, 90 mg	1 or 1b*	QL
nifedipine oral capsule 10 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL
nimodipine oral capsule	1 or 1b*	QL
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg	1 or 1b*	DO
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL
<b>NORLIQVA ORAL SOLUTION</b>	3	PA; QL
<b>NORVASC ORAL TABLET 10 MG</b>	3	QL
<b>NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG</b>	3	DO
<b>NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML</b>	3	QL
<b>PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG</b>	3	DO
<b>PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG, 90 MG</b>	3	QL
<b>SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG</b>	3	DO
<b>SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG</b>	3	QL
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL
<b>TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG</b>	3	DO
<b>TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</b>	3	QL
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, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL
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
verapamil hcl intravenous solution	1 or 1b*	
verapamil hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
<b>VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG</b>	3	DO
<b>VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG, 360 MG</b>	3	QL
<b>VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG</b>	3	DO
<b>VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG</b>	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>CARDIOTÓNICOS</b>		
<b>*INOTROPES***</b>		
dobutamine hcl intravenous solution 12.5 mg/ml, 250 mg/20ml	1 or 1b*	
<b>DOBUTAMINE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/ML</b>	1 or 1b*	
<b>DOPAMINE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate intravenous solution 10 mg/10ml, 20 mg/20ml, 50 mg/50ml	1 or 1b*	
<b>GLUCÓSIDOS CARDÍACOS</b>		
digoxin injection solution	1 or 1b*	
digoxin oral solution	1 or 1b*	QL
digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg	1 or 1b*	DO
digoxin oral tablet 250 mcg	1 or 1b*	QL
<b>LANOXIN INJECTION SOLUTION 0.25 MG/ML</b>	3	
<b>LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG</b>	3	DO
<b>LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG</b>	3	QL
<b>LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION</b>	2	
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<b>*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES***</b>		
<b>FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
<b>CEFALOSPORINAS - 1.<sup>a</sup> GENERACIÓN</b>		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefadroxil oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg	1 or 1b*		cefprozil oral tablet	1 or 1b*	
<b>CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM</b>	3		cefuroxime axetil oral tablet	1 or 1b*	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*		cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	1 or 1b*	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	3		cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	1 or 1b*	
<b>CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%</b>	3		<b>CEFALOSPORINAS - 3.<sup>a</sup> GENERACIÓN</b>		
<b>CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-4 GM-%(50ML), 2-3 GM-%(50ML)</b>	3		cefdinir oral capsule	1 or 1b*	
cephalexin oral capsule	1 or 1a*		cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cephalexin oral suspension reconstituted	1 or 1a*		cefixime oral capsule	1 or 1b*	
cephalexin oral tablet	1 or 1a*		cefixime oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
<b>CEFALOSPORINAS - 2.<sup>a</sup> GENERACIÓN</b>			cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	3	
<b>CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR</b>	3		cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefaclor oral capsule	1 or 1b*		cefpodoxime proxetil oral tablet	1 or 1b*	
cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml	1 or 1b*		ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	1 or 1b*	
cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*		ceftazidime intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	QL
<b>CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-4 GM-%(50ML), 2-2.2 GM-%(50ML)</b>	3		ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL
cefprozil oral suspension reconstituted	1 or 1b*		<b>CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM</b>	3	QL
			ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
			<b>CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-3.74 GM-%(50ML), 2-2.22 GM-%(50ML)</b>	3	QL
			tazicef injection solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
tazicef intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
<b>CEFALOSPORINAS - 4.<sup>a</sup> GENERACIÓN</b>		
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm	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 1-5 GM-%(50ML), 2-5 GM-%(50ML)	3	
<b>CEFALOSPORINAS - 5.<sup>a</sup> GENERACIÓN</b>		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
COMBINACIONES DE CEFALOSPORINAS		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE***		
RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>*IMMUNOMODULATOR S - COMBINATIONS***</b>		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
<b>*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS***</b>		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
<b>*UREMIC PRURITUS AGENTS***</b>		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA
<b>AGENTE DEL SÍNDROME DELTA DE LA FOSFOINOSITIDA 3 QUINASA ACTIVADA</b>		
JOENJA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
AGENTE VOLUMÉTRICO DE INCONTINENCIA FECAL - COMBINACIONES		
SOLESTA INJECTION GEL	3	LD; SP
AGENTES QUELANTES		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE 250 MG	3	PA; QL; SP
CUVRIOR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
penicillamine oral capsule	3	PA; QL; SP
penicillamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL; SP
SYPRINE ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP
trientine hcl oral capsule 250 mg	1 or 1b*	PA; QL; SP
<b>ANÁLOGOS DE LA CICLOSPORINA</b>		
cyclosporine intravenous solution	1 or 1b*	SP
cyclosporine modified oral capsule	1 or 1b*	
cyclosporine modified oral solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
cyclosporine oral capsule	1 or 1b*	
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	1 or 1b*	
gengraf oral solution	1 or 1b*	
<b>LUPKYNIS ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>NEORAL ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	
<b>NEORAL ORAL SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION</b>	<b>3</b>	SP
<b>SANDIMMUNE ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	
<b>SANDIMMUNE ORAL SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>ANÁLOGOS DE LA PURINA</b>		
azasan oral tablet	1 or 1b*	
azathioprine oral tablet	1 or 1b*	
<b>AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
<b>IMURAN ORAL TABLET</b>	<b>3</b>	
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
<b>ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL; SP
<b>GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION</b>	<b>3</b>	PA; LD; SP
<b>SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
<b>UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	<b>3</b>	PA; LD; QL
<b>ENZIMAS</b>		
<b>AMPHADASE INJECTION SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>HYLENEX INJECTION SOLUTION</b>	<b>3</b>	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	PA; LD; SP
<b>INHIBIDORES DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA</b>		
<b>CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	SP
<b>CELLCEPT ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	
<b>CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	
<b>CELLCEPT ORAL TABLET</b>	<b>3</b>	
mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
mycophenolate mofetil oral capsule	1 or 1b*	
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
mycophenolate mofetil oral tablet	1 or 1b*	
mycophenolate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
<b>MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	<b>3</b>	
<b>INMUNODEPRESORES DE LA INMUNOGLOBULINA</b>		
<b>THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	<b>3</b>	SP
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS</b>		
<b>ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG</b>	<b>3</b>	
<b>PROGRAF ORAL CAPSULE 5 MG</b>	<b>3</b>	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INMUNOMODULADORES PARA LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS</b>		
lenalidomide oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
<b>REVLIMID ORAL CAPSULE</b>	2	PA; LD; QL; SP
<b>RESINAS LIBERADORAS DE POTASIO</b>		
<b>LOKELMA ORAL PACKET 5 GM</b>	3	QL
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1 or 1b*	
sps oral suspension	1 or 1b*	
<b>VELTASSA ORAL PACKET</b>	3	QL
<b>CLASES VARIADAS</b>		
<b>*FARNESYLTRANSFER ASE INHIBITORS***</b>		
<b>ZOKINVY ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>*NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS***</b>		
<b>RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB***</b>		
<b>VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>*ROCK INHIBITORS***</b>		
<b>REZUROCK ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS</b>		
<b>ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sodium tetradecyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
<b>SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 %</b>	1 or 1b*	
sotradecol intravenous solution 3 %	1 or 1b*	
<b>VARITHENA INTRAVENOUS FOAM</b>	3	
<b>AGENTES QUELANTES</b>		
trientine hcl oral capsule 500 mg	3	PA; QL; SP
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-6 (IL-6)</b>		
<b>SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<b>THALOMID ORAL CAPSULE</b>	2	PA; LD; QL; SP
<b>BLOQUEADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN DE CÉLULAS T</b>		
<b>NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA
<b>INHIBIDORES ESPECÍFICOS DEL ESTIMULADOR DE LINFOCITOS B (BLYS)</b>		
<b>BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	PA; LD; SP
<b>BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	PA; LD; QL; SP
<b>INMUNODEPRESORES DE LA INMUNOGLOBULINA</b>		
<b>ATGAM INTRAVENOUS INJECTABLE</b>	3	SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS</b>			tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
			water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
<b>SOLUCIONES DE TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT)</b>					
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	3		PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3		PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1 or 1b*		PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION	2	SP	PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG	3		PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PROGRAF ORAL PACKET	3		PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION	3		PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
RAPAMUNE ORAL TABLET	3		PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
sirolimus oral solution	1 or 1b*		PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
sirolimus oral tablet	1 or 1b*		<b>CORTICOESTEROIDES</b>		
tacrolimus oral capsule	1 or 1b*		<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES</b>		
ZORTRESS ORAL TABLET	3		CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION	3	
<b>PROSTAGLANDINAS</b>			<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION	3		ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	PA
<b>RESINAS LIBERADORAS DE POTASIO</b>			budesonide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM	3	QL	budesonide oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>			<b>CORTEF ORAL TABLET</b>	3	
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*				
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*				
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*				
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*				
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*				
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cortisone acetate oral tablet	3	PA; QL
<b>DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION</b>	3	
<b>DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	
<b>DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE</b>	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 phosphate pf injection solution	1 or 1b*	
<b>DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</b>	3	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml	1 or 1b*	
<b>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION 4 MG/ML</b>	1 or 1b*	
<b>EMFLAZA ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; LD
<b>EMFLAZA ORAL TABLET</b>	3	PA; LD
<b>HEMADY ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION</b>	3	
hidex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
hydrocortisone oral tablet	1 or 1b*	
<b>KENALOG INJECTION SUSPENSION</b>	3	
<b>KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION</b>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG</b>	3	
<b>MEDROL ORAL TABLET 2 MG</b>	2	
<b>MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK</b>	3	
methylprednisolone oral tablet	1 or 1a*	
methylprednisolone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg	1 or 1b*	
<b>ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG</b>	3	QL
<b>ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG</b>	3	DO
<b>PEDIAPRED ORAL SOLUTION</b>	3	
prednisolone oral solution	1 or 1a*	
prednisolone oral tablet	1 or 1b*	
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 15 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	1 or 1a*	
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	DO
<b>PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE</b>	3	
prednisone oral solution	1 or 1a*	
prednisone oral tablet	1 or 1a*	
prednisone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
<b>RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	3	ST
<b>SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 2 GM, 500 MG	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 1.5 mg (27)	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	PA; LD; QL
MINERALCORTICOIDES		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	
DISPOSITIVOS MÉDICOS		
AGUJAS Y JERINGAS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
ABOUTTIME PEN NEEDLE	3	ST; QL
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	3	ST; QL
ADVOCATE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
aq insulin syringe	3	ST; QL
aqinject pen needle	3	ST; QL
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML	3	ST; QL
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	3	QL
aum insulin safety pen needle	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL
aum pen needle	3	ST; QL
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	3	ST; QL
AUM SAFETY PEN NEEDLE	3	ST; QL
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL
BD AUTOSHIELD DUO	2	QL
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	2	QL
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML, 27G 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, U-100 1 ML	2	QL
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	2	QL
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	2	QL
BD INSULIN SYRINGE U/F	2	QL
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT	2	QL
BD INSULIN SYRINGE U-500	2	QL
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	2	QL
BD PEN NEEDLE MICRO U/F	2	QL
BD PEN NEEDLE MINI U/F	2	QL
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN	2	QL
BD PEN NEEDLE NANO U/F	2	QL
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F	2	QL
BD PEN NEEDLE SHORT U/F	2	QL

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	2	QL	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	2	QL	COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F	2	QL	COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED	3	ST; QL
CAREFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL	DIATHRIVE PEN NEEDLE	3	ST; QL
CAREONE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 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
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	3	ST; QL	CARETOUCH PEN NEEDLES	3	PA
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	3	QL	CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM	3	ST; QL
CARETOUCH PEN NEEDLES	3	ST; QL	CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL	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" 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
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	3	ST; QL	COMFORT EZ PEN NEEDLES	3	ST; QL
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM	3	ST; QL	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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	EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 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
easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml	3	ST; QL	FIFTY50 PEN NEEDLES	3	ST; QL
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM	3	ST; QL	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR	3	ST; QL
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	QL	GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL
EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL	GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML	3	QL
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY	3	ST; QL	GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL	GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G 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	3	ST; QL	GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	3	QL	GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL
EASY TOUCH PEN NEEDLES	3	ST; QL	GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML	3	QL
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL	GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 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
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	3	ST; QL	GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL
EMBRACE PEN NEEDLES	3	ST; QL	GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 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
			GNP INSULIN SYRINGES	3	ST; QL
			GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"	3	ST; QL	insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 30g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16"	3	ST; QL			
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	3	ST; QL			
GNP ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL			
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE	3	ST; QL			
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL	<b>INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML</b>	3	ST; QL
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL	<b>INSUPEN PEN NEEDLES</b>	3	ST; QL
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE	3	ST; QL	<b>INSUPEN SENSITIVE</b>	3	ST; QL
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE	3	QL	<b>INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM</b>	3	ST; QL
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	3	QL	<b>KINRAY INSULIN SYRINGE</b>	3	ST; QL
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL	<b>KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G</b>	3	ST; QL
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	ST; QL	<b>KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G</b>	3	ST; QL
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	3	ST; QL	<b>KROGER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 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</b>	3	ST; QL
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP	3	ST; QL	<b>KROGER PEN NEEDLES</b>	3	ST; QL
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	<b>LEADER 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, 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</b>	3	ST; QL
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL	<b>LEADER UNIFINE PENTIPS</b>	3	ST; QL
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	<b>LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS</b>	3	ST; QL
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL			
INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 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			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 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	MONOJECT ULTRA COMFORT 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 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
LITETOUCH PEN NEEDLES	3	ST; QL	MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
LONGS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL	NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE	3	ST; QL
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 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	3	ST; QL	NOVOFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL
MARATHON MEDICAL PENTIPS	3	ST; QL	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	3	ST; QL
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	3	ST; QL	PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	ST; QL
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	PEN NEEDLES	3	ST; QL
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	3	ST; QL	PEN NEEDLES 5/16" 31G X 8 MM	3	ST; QL
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"	3	ST; QL	PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	pip pen needles 31g x 5mm	3	ST; QL
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 8 MM	3	ST; QL	pip pen needles 32g x 4mm	3	ST; QL
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
MICRODOT PEN NEEDLE	3	ST; QL	PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL	PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	3	ST; QL
MM PEN NEEDLES	3	ST; QL	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES	3	ST; QL
MONOJECT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	PREVENT SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL
			PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
			PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRODIGY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	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
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL	sure comfort pen needles 31g x 6 mm	3	ST; QL
pure comfort safety pen needle	3	QL			
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 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
PX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	3	ST; QL			
PX MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL			
PX PEN NEEDLE	3	ST; QL			
QC PEN NEEDLES	3	ST; QL			
RA INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	QL
RA PEN NEEDLES	3	ST; QL			
raya sure pen needle	3	ST; QL			
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	QL	TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 10MM , 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL	TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL
RELION INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL
RELION MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL	TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL
RELION PEN NEEDLES	3	ST; QL	TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	3	ST; QL
RELION SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	true comfort insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 32g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL
safety pen needles	3	ST; QL	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT	3	ST; QL
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 8 MM	3	ST; QL	ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	3	ST; QL
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM	3	QL	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	3	ST; QL
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	3	ST; QL
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT	3	ST; QL	UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL
ULTICARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES	3	ST; QL	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	3	ST; QL
ULTICARE MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	3	ST; QL
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM	3	ST; QL	VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	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	3	ST; QL
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	3	ST; QL	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML	3	QL
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
ULTILET PEN NEEDLE	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	3	QL
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	3	ST; QL
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	VP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
ULTRA THIN PEN NEEDLES	3	ST; QL	WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	QL	ZEVRX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL			

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

En vigencia desde el 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZEVRX PEN NEEDLES	3	ST; QL
CAPUCHONES CERVICALES		
FEMCAP VAGINAL DEVICE	2	\$0
DENTÍFRICOS		
MI PASTE DENTAL PASTE	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE	3	
DIAFRAGMAS		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM	3	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
PRESERVATIVOS (MASCULINOS)		
KAMELEON LUBRICATED	2	\$0
SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA		
ASSURE LANCE LANCETS 21G	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CARESENS LANCETS	2	QL
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G	2	QL
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL
KROGER LANCETS	2	QL
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G	2	QL
MPD SAFETY LANCET 21G	2	QL
MPD SAFETY LANCET 28G	2	QL
PERFECT LANCETS 28G	2	QL
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G	2	QL
SUMINISTROS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA		
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	2	PA; QL
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	2	PA; QL
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	2	PA; QL
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	2	PA; QL
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	2	PA; QL
OMNIPOD GO KIT	3	PA
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	3	PA
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	3	PA
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	3	PA
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
AGUJAS Y JERINGAS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	3	QL
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	3	ST; QL
insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL
LEADER INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	3	ST; QL
QC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
true comfort insulin syringe 30g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML	3	ST; QL
<b>PRESERVATIVOS (FEMENINOS)</b>		
FC2 FEMALE CONDOM	2	\$0; QL
<b>PRESERVATIVOS (MASCULINOS)</b>		
aimsco lubricated	2	\$0
condoms	2	\$0
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE	2	\$0
DUREX REALFEEL DEVICE	2	\$0
FANTASY LUBRICATED	2	\$0
FANTASY LUBRICATED/SPERMIC IDE	2	\$0
kimono	2	\$0
KIMONO COLORS DEVICE	2	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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
<b>KIMONO SPECIAL DEVICE</b>	2	\$0
maxx	2	\$0
maxx plus	2	\$0
<b>REALITY LATEX CONDOMS</b>	2	\$0
<b>REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE</b>	2	\$0
<b>REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUBRICATED</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX LUBRICATED/SPERMIC IDE</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX NON-LUBRICATED</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX RIA LUBRICATED</b>	2	\$0
<b>TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED</b>	2	\$0

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	2	\$0
<b>PRODUCTOS DE DESENSIBILIZACIÓN DENTAL</b>		
REMESENSE DENTAL	3	
<b>SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA</b>		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	2	QL
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS	2	QL
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	2	QL
ACTI-LANCE 28G	2	QL
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL
ADVOCATE LANCETS	2	QL
ADVOCATE LANCETS 30G	2	QL
ADVOCATE SAFETY LANCETS	2	QL
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G	2	QL
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS	2	QL
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL
AIMSCO TWIST LANCETS 33G	2	QL
AQUALANCE LANCETS 30G	2	QL
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL
ASSURE HAEMOLANCE PLUS HIGH	2	QL
ASSURE HAEMOLANCE PLUS LOW	2	QL
ASSURE HAEMOLANCE PLUS MICRO	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ASSURE HAEMOLANCE PLUS NORMAL	2	QL
ASSURE HAEMOLANCE PLUS PED	2	QL
ASSURE LANCE LANCETS	2	QL
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G	2	QL
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G	2	QL
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G	2	QL
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL
BD MICROTAINER LANCETS	2	QL
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G	2	QL
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL
CARESENS LANCETS 30G	2	QL
CARETOUCH SAFETY LANCETS	2	QL
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G	2	QL
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G	2	QL
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G	2	QL
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G	2	QL
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G	2	QL
CLEANLET LANCETS 28G	2	QL
CLEVER CHEK LANCETS	2	QL
CLEVER CHOICE COMFORT EZ	2	
CLEVER CHOICE LANCETS 21G	2	QL
CLEVER CHOICE LANCETS 23G	2	QL
CLEVER CHOICE LANCETS 28G	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COAGUCHEK LANCETS	2	QL
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL
COMFORT TOUCH LANCETS 31G	2	QL
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G	2	QL
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G	2	QL
CVS LANCETS 21G	2	QL
CVS LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL
CVS LANCETS THIN 26G	2	QL
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE	2	PA; QL
DEXCOM G6 SENSOR	2	PA; QL
DEXCOM G6 TRANSMITTER	2	PA; QL
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE	2	PA; QL
DEXCOM G7 SENSOR	2	PA; QL
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30	2	QL
DIATHRIVE LANCETS	2	QL
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G	2	QL
DRUG MART UNILET LANCETS 28G	2	QL
DRUG MART UNILET LANCETS 30G	2	QL
DRUG MART UNILET LANCETS 33G	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EASY COMFORT LANCETS	2	QL
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 21G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 23G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 26G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 28G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 30G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 32G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G	2	QL
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G	2	QL
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G	2	QL
ENLITE GLUCOSE SENSOR	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER	3	PA; QL
EVERSENSE SENSOR/HOLDER	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	3	PA; QL
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G	2	QL
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G	2	QL
E-Z JECT LANCETS	2	QL
E-Z JECT LANCETS 21G	2	QL
E-Z JECT LANCETS THIN 26G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 21G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 26G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 28G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 30G	2	QL
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	2	QL
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G	2	QL
FINE 30	2	QL
FINGERSTIX LANCETS	2	QL
FORA LANCETS	2	QL
FREESTYLE LANCETS	2	QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE	2	PA; QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	2	PA; QL
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE	2	PA; QL
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	2	PA; QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE	2	PA; QL
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	2	PA; QL
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE	2	PA; QL
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS	2	QL
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GENTLE-LET GP LANCETS	2	QL
GENTLE-LET LANCETS	2	QL
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 28G	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 30G	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 33G	2	QL
GNP LANCETS 21G	2	QL
GNP LANCETS THIN 26G	2	QL
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL
GOJJI STERILE LANCETS	2	QL
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	3	PA; QL
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	3	PA; QL
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER	3	PA; QL
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE	3	PA; QL
GUARDIAN SENSOR (3)	3	PA; QL
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HAEMOLANCE	2	QL
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS	2	QL
HAEMOLANCE PLUS	2	QL
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW	2	QL
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW	2	QL
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW	2	QL
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW	2	QL
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL
HY-VEE LANCETS	2	QL
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G	2	QL
KINNEY LANCETS	2	QL
KINNEY THIN LANCETS	2	QL
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G	2	QL
KROGER LANCETS 21G	2	QL
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL
KROGER LANCETS SUPER THIN	2	QL
KROGER LANCETS THIN	2	QL
KROGER LANCETS THIN 26G	2	QL
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	2	QL
LANCETS	2	QL
LANCETS 30G	2	QL
LANCETS 33G	2	QL
LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL
LANCETS THIN	2	QL
LANCETS ULTRA THIN	2	QL
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LIBERTY MEDICAL LANCETS	2	QL
LITE TOUCH LANCETS	2	QL
LITETOUCH LANCETS	2	QL
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL
LONGS LANCETS STANDARD	2	QL
LONGS LANCETS THIN	2	QL
LONGS LANCETS ULTRA THIN	2	QL
MEDICOICE SAFETY LANCET	2	QL
MEDICOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL
MEDICOICE SAFETY LANCET NORM	2	QL
MEDLANCE EXTRA 21G	2	QL
MEDLANCE LITE 25G	2	QL
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G	2	QL
MEDLANCE PLUS LANCETS	2	QL
MEDLANCE PLUS LITE 25G	2	QL
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM	2	QL
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G	2	QL
MEDLANCE UNIVERSAL 21G	2	QL
MEIJER LANCETS	2	QL
MEIJER LANCETS THIN	2	QL
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G	2	QL
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G	2	QL
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G	2	QL
MEIJER SUPER THIN LANCETS	2	QL
MICROLET LANCETS	2	QL
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS	3	PA
MM TWIST LANCETS	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MONOLET LANCETS	2	QL
MONOLET OPD LANCETS	2	QL
MONOLETTOR SAFETY LANCETS	2	QL
MPD SAFETY LANCET 23G	2	QL
MPD SAFETY LANCET 30G	2	QL
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G	2	QL
NOVA SAFETY LANCETS 23G	2	QL
NOVA SAFETY LANCETS 28G	2	QL
NOVA SUREFLEX LANCETS	2	QL
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G	2	QL
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G	2	QL
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS	2	QL
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER	3	PA
PERFECT LANCETS 30G	2	QL
PHARMACIST CHOICE LANCETS	2	QL
PHARMACY COUNTER LANCETS	2	QL
PIP LANCETS 28G	2	QL
PIP LANCETS 30G	2	QL
PRECISION THINS GP LANCETS	2	QL
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED	2	QL
PREFERRED PLUS LANCETS THIN	2	QL
PRO COMFORT LANCETS 30G	2	QL
PRO COMFORT LANCETS 31G	2	QL
pro comfort safety lancets 30g	2	QL
PRODIGY LANCETS 28G	2	QL
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G	2	QL
PSS SELECT GP LANCETS	2	QL
PSS SELECT SAFETY LANCETS	2	QL
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS 28G	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN	2	QL
READYLANCE SAFETY LANCETS	2	QL
REALITY LANCETS	2	QL
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL
RELION LANCETS THIN 26G	2	QL
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G	2	QL
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS	2	QL
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
RIGHTEST GL300 LANCETS	2	QL
SAFE-T-LANCE	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
SAFE-T-LANCE PLUS	2	QL
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL
SAFETY LANCETS	2	QL
SAFETY LANCETS 21G	2	QL
SAFETY LANCETS 23G	2	QL
SAFETY LANCETS 28G	2	QL
saps health plus lancets	2	QL
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS	2	QL
SAPS TWIST TOP LANCETS	2	QL
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS	2	QL
SB LANCETS THIN	2	QL
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL
SINGLE-LET	2	QL
SM LANCETS 33G	2	QL
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL
SMART SENSE STANDARD LANCETS	2	QL
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS	2	QL
SMART SENSE THIN LANCETS 26G	2	QL
SMARTEST LANCETS 28G	2	QL
SOLUS V2 LANCETS 28G	2	QL
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G	2	QL
STERILANCE TL	2	QL
SUPER THIN LANCETS	2	QL
SURE COMFORT LANCETS 18G	2	QL
SURE COMFORT LANCETS 21G	2	QL
SURE COMFORT LANCETS 23G	2	QL
SURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL
SURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL
SURELITE LANCETS	2	QL

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
TECHLITE AST LANCETS	2	QL
TECHLITE LANCETS	2	QL
TECHLITE LANCETS 30G	2	QL
TGT LANCET MICRO THIN 33G	2	QL
TGT LANCET THIN 26G	2	QL
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	2	QL
THINLETS GP LANCETS	2	QL
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G	2	QL
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G	2	QL
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G	2	QL
true comfort safety lancets	2	QL
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 26G	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 28G	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 30G	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 33G	2	QL
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G	2	QL
twist top lancets 30g	2	QL
ULTILET CLASSIC LANCETS	2	QL
ULTILET LANCETS	2	QL
ULTILET SAFETY LANCETS	2	QL
ULTILET SAFETY LANCETS 23G	2	QL
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL
ULTRA-THIN II AUTO LANCET	2	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ULTRA-THIN II LANCETS	2	QL
UNILET COMFORTOUCH LANCET	2	QL
UNILET EXCELITE	2	QL
UNILET EXCELITE II	2	QL
UNILET G.P. LANCET	2	QL
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET	2	QL
UNILET GP 28 ULTRA THIN	2	QL
UNILET LANCET	2	QL
UNILET MICRO-THIN 33G	2	QL
UNILET SUPERLITE LANCET	2	QL
UNILET SUPER-THIN 30G	2	QL
UNILET ULTRA-THIN 28G	2	QL
UNISTIK 3 GENTLE	2	QL
UNISTIK PRO SAFETY LANCET	2	QL
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G	2	QL
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G	2	QL
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G	2	QL
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G	2	QL
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN	2	QL
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G	2	QL
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN	2	QL
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G	2	QL
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G	2	QL
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G	2	QL
VIVAGUARD LANCETS	2	ST; QL
WALGREENS LANCETS	2	QL
WALGREENS LANCETS MICRO THIN	2	QL
WALGREENS LANCETS SUPER THIN	2	QL
WALGREENS THIN LANCETS	2	QL
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS	2	QL
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL
<b>SUMINISTROS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA</b>		
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	2	PA; QL
<b>DIURÉTICOS</b>		
<b>COMBINACIONES DE DIURÉTICOS</b>		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	
MAXZIDE ORAL TABLET	3	
MAXZIDE-25 ORAL TABLET	3	
spironolactone-hctz oral tablet	1 or 1b*	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	1 or 1a*	
triamterene-hctz oral tablet	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
<b>ALDACTONE ORAL TABLET</b>	3	
amiloride hcl oral tablet	1 or 1b*	
<b>CAROSPIR ORAL SUSPENSION</b>	3	
<b>DYRENium ORAL CAPSULE</b>	3	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	
triamterene oral capsule	1 or 1b*	
<b>DIURÉTICOS DEL ASA</b>		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
<b>BUMEX ORAL TABLET 0.5 MG</b>	3	
<b>EDECrin ORAL TABLET</b>	3	
ethacrynat sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
<b>FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT</b>	3	PA; QL
furosemide injection solution 10 mg/ml	1 or 1a*	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
<b>LASIX ORAL TABLET</b>	3	
<b>SOAANZ ORAL TABLET</b>	3	ST
<b>SODIUM EDECrin INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	
torsemide oral tablet	1 or 1b*	
<b>DIURÉTICOS OSMÓTICOS</b>		
mannitol intravenous solution 20 %, 25 %	1 or 1b*	
osmitrol intravenous solution 10 %, 20 %	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>DIURÉTICOS TIAZÍDICOS Y DIURÉTICOS TIPO TIAZÍDICOS</b>		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1a*	
<b>DIURIL ORAL SUSPENSION</b>	3	
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
metolazone oral tablet	1 or 1b*	
<b>THALiTONE ORAL TABLET</b>	3	
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
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
<b>KEVEYIS ORAL TABLET</b>	3	PA; LD; QL
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
<b>ESTRÓGENOS</b>		
<b>*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST***</b>		
<b>MYFEMBREE ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK</b>	3	PA; QL
<b>ESTRÓGENO - COMBINACIÓN DE MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS</b>		
<b>DUAVEE ORAL TABLET</b>	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ESTRÓGENO Y PROGESTINA</b>		
ACTIVELLA ORAL TABLET 1-0.5 MG	3	
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg	1 or 1b*	
ANGELIQ ORAL TABLET	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE	2	QL
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	2	QL
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	2	QL
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	2	
PREMPRO ORAL TABLET	2	
<b>ESTRÓGENOS</b>		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	3	QL
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL	3	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL	3	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL	3	QL
dotti transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL	3	QL
ESTRACE ORAL TABLET	3	
estradiol oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
estradiol transdermal gel	1 or 1b*	QL
estradiol transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL
estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL
estradiol valerate intramuscular oil	1 or 1b*	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL	3	QL
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION	2	QL
lyllana transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL
MENEST ORAL TABLET	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	3	QL
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	2	
PREMARIN ORAL TABLET	2	QL
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	3	QL
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS</b>		
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS</b>		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL	3	PA; LD; QL; SP
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
BAXDELA ORAL TABLET	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	3	
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	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*	
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 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HIPNÓTICOS/SEDANTE S/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<b>HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS</b>		
doxepin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
SILENOR ORAL TABLET	3	ST; QL
<b>HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS</b>		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL
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	3	
<b>HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA</b>		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
DORAL ORAL TABLET	3	ST; QL
estazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
flurazepam hcl oral capsule	3	QL
HALCION ORAL TABLET	3	ST; QL
midazolam hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl injection solution 10 mg/10ml, 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
midazolam hcl oral syrup	1 or 1b*	QL
<b>MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 50-0.8 MG/50ML-%</b>	3	
midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution	3	
quazepam oral tablet	1 or 1b*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>RESTORIL ORAL CAPSULE 15 MG, 22.5 MG, 30 MG</b>	3	ST; QL
temazepam oral capsule	1 or 1b*	QL
triazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>SEDATIVOS AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO ALFA 2 SELECTIVO</b>		
<b>DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 400MCG/100ML -5%</b>	3	
<b>HIPNÓTICOS</b>		
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR DE MELATONINA SELECTIVO</b>		
<b>HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION</b>	3	PA; LD; QL
<b>HETLIOZ ORAL CAPSULE</b>	3	PA; LD; QL
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>ROZEREM ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
tasimelteon oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA OREXINA</b>		
<b>BELSOMRA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>DAYVIGO ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>QUVIVIQ ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA</b>		
<b>MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.8 MG/100ML-%</b>	3	
<b>RESTORIL ORAL CAPSULE 7.5 MG</b>	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA</b>		
<b>AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</b>	3	ST; QL
<b>AMBIEN ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</b>	3	ST; QL
eszopiclone oral tablet	1 or 1b*	QL
<b>LUNESTA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
zaleplon oral capsule	1 or 1b*	QL
zolpidem tartrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL
zolpidem tartrate oral capsule	3	ST; QL
zolpidem tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL
zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	ST; QL
<b>SEDATIVOS AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO ALFA 2 SELECTIVO</b>		
dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution 200 mcg/50ml, 200-0.9 mcg/50ml-%, 400 mcg/100ml, 80 mcg/20ml	1 or 1b*	
<b>DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML</b>	3	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	
<b>DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 200MCG/50ML -5%</b>	3	
<b>IGALMI SUBLINGUAL FILM</b>	3	PA; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/250ML, 200 MCG/2ML, 200 MCG/50ML, 400 MCG/100ML, 80 MCG/20ML</b>	3	
<b>LAXANTES</b>		
<b>COMBINACIONES DE LAXANTES</b>		
<b>CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML</b>	3	QL
<b>GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	1 or 1a*	\$0; QL
gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*	\$0; QL
<b>GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM</b>	3	QL
<b>MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	QL
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*	\$0; QL
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*	\$0; QL
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*	\$0; QL
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*	\$0; QL
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*	\$0; QL
<b>PEG-PREP ORAL KIT</b>	3	QL
<b>PLENUV ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	QL
<b>SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	QL
<b>SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION</b>	3	QL
<b>SUTAB ORAL TABLET</b>	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>LAXANTES ESTIMULANTES</b>		
alophen oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eq gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
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
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
kp bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sb gentle lax-women oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
womans laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
<b>LAXANTES LUBRICANTES</b>		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
<b>LAXANTES SALINOS</b>		
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 1200 mg/15ml	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
<b>FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION</b>		
ft magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
ft milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
gnp magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
gnp milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
goodsense magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
goodsense milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
hm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	1 or 1a*	\$0
milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION</b>	1 or 1a*	\$0
phillips milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	1 or 1b*	\$0
qc magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
qc milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
ra magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
ra milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
sb magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
sb milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
sm magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	1 or 1b*	\$0
<b>LAXANTES VARIOS</b>		
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
gentlelax oral powder	1 or 1b*	\$0
glycolax oral powder	1 or 1b*	\$0
gnp clearlax oral packet	1 or 1b*	\$0
gnp clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
goodsense clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
healthylax oral packet	1 or 1b*	\$0
hm clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*	\$0
<b>KRISTALOSE ORAL PACKET</b>	3	
<b>LACTULOSE ORAL PACKET</b>	3	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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 17 gm	1 or 1b*	\$0
Polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*	\$0
qc natura-lax oral powder	1 or 1b*	\$0
ra laxative oral powder	1 or 1b*	\$0
sb polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*	\$0
sm clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
smooth lax oral packet	1 or 1b*	\$0
smooth lax oral powder	1 or 1b*	\$0
<b>MACRÓLIDOS</b>		
<b>AZITROMICINA</b>		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	1 or 1b*	
azithromycin oral packet	1 or 1b*	
azithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET	3	
<b>CLARITROMICINA</b>		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>ERITROMICINAS</b>		
e.e.s. 400 oral tablet	1 or 1b*	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ery-tab oral tablet delayed release	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3	
erythrocin stearate oral tablet 250 mg	1 or 1b*	
erythromycin base oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
<b>FIDAXOMICINA</b>		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
DIFICID ORAL TABLET	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA</b>		
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS NO NARCÓTICOS</b>		
BROMFED DM ORAL SYRUP 2-30-10 MG/5ML	1 or 1b*	
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	1 or 1b*	
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS OPIÁCEOS</b>		
CAPCOF ORAL SYRUP	3	
MAR-COF BP ORAL LIQUID	3	
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID	2	
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID 10-4-10 MG/5ML	2	
promethazine vc/codeine oral syrup	1 or 1b*	QL
PRO-RED AC ORAL SYRUP 5-1-9 MG/5ML	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID	2	
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS NO NARCÓTICOS</b>		
promethazine-dm oral syrup	1 or 1a*	QL
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS OPIÁCEOS</b>		
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release	1 or 1b*	QL
promethazine-codeine oral solution	1 or 1a*	QL
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
<b>ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DESCONGESTIVOS</b>		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	
TUSNEL C ORAL SYRUP	2	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES</b>		
<b>CODITUSSIN AC ORAL LIQUID</b>		
g tussin ac oral solution	1 or 1a*	
guaifenesin ac oral syrup	1 or 1a*	
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	1 or 1a*	
<b>MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID</b>		
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*	
<b>NINJACOF-XG ORAL LIQUID</b>		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	
<b>ANTITUSIVOS - OPIOIDES</b>		
HYCODAN ORAL SOLUTION	3	QL
HYCODAN ORAL TABLET	3	PA
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution	1 or 1a*	QL
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet	1 or 1a*	PA
hydromet oral solution	1 or 1a*	QL
<b>DESCONGESTIVO Y ANTIHISTAMÍNICO</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	ST; QL
promethazine vc oral syrup	1 or 1b*	QL
<b>INHALANTES RESPIRATORIOS VARIOS</b>		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	3	
NEBUSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 3 %	1 or 1b*	
PULMOSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %	1 or 1b*	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
acetylcysteine inhalation solution	1 or 1b*	
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRICOS</b>		
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON COMBINACIONES DE BISMUTO</b>		
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL
bismuth/metronidaz/tetracycl in oral capsule	1 or 1b*	ST; QL
<b>HELIDAC THERAPY ORAL</b>	3	ST; QL
<b>PYLERA ORAL CAPSULE</b>	3	ST; QL
<b>ANTAGONISTAS H2</b>		
cimetidine oral tablet	1 or 1b*	QL
famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	1 or 1b*	
famotidine oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
famotidine oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
famotidine premixed intravenous solution	1 or 1b*	
nizatidine oral capsule	1 or 1b*	QL
<b>PEPCID ORAL TABLET</b>	3	QL
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<b>BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION</b>	3	
dicyclomine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
dicyclomine hcl oral solution	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral tablet	1 or 1a*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES Y ANTIÁCIDOS</b>		
<b>KONVOMEPP ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	ST; QL
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule	3	ST; QL
omeprazole-sodium bicarbonate oral packet	3	ST; QL
<b>ZEGERID ORAL CAPSULE</b>	3	ST; QL
<b>ZEGERID ORAL PACKET</b>	3	ST; QL
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<b>NEXIUM ORAL PACKET 20 MG</b>	3	ST; QL
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS</b>		
<b>*ULCER ANTI-INFECTIVE-PCAB COMBINATIONS***</b>		
<b>VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK</b>	3	PA; QL
<b>VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK</b>	3	PA; QL
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL
<b>OMECLAMOX-PAK ORAL</b>	3	ST; QL
<b>TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE</b>	3	ST; QL
<b>ALCALOIDES DE LA BELLADONA</b>		
<b>ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 1 MG/10ML</b>	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/5ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<b>ANTICOLINÉRGICOS NASALES CUATERNARIOS</b>		
CUVPOSA ORAL SOLUTION	3	
GLYCATE ORAL TABLET	3	PA
glycopyrrolate injection solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET	3	
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
<b>ANTIULCEROSOS VARIOS</b>		
CARAFATE ORAL SUSPENSION	3	
CARAFATE ORAL TABLET	3	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>COMBINACIONES DE ANTIOLINÉRGICOS</b>		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE	3	
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL
dexlansoprazole oral capsule delayed release	3	ST; QL
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	3	ST; QL
esomeprazole magnesium oral packet	3	ST; QL
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	1 or 1b*	
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	3	ST; QL
lansoprazole oral tablet delayed release dispersible	3	ST; QL
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	3	
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL
NEXIUM ORAL PACKET 10 MG, 2.5 MG, 40 MG, 5 MG	3	ST; QL
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral packet	3	ST; QL
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE	3	ST; QL	COMBINACIONES DE CALCIO		
PRILOSEC ORAL PACKET	3	ST; QL	CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	1 or 1b*	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.8 GM/100ML-%	3	
PROTONIX ORAL PACKET	3	ST; QL	COMBINACIONES DE FLUORURO		
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL	FLORIVA ORAL LIQUID	3	
RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST; QL	COMBINACIONES DE OLIGOELEMENTOS		
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	3	ST; QL	MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	
VOQUEZNA ORAL TABLET	3	PA; QL	MULTRYNS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS			THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT	3	
CYTOTEC ORAL TABLET	3		TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
misoprostol oral tablet	1 or 1a*		ELECTROLITOS PARENTERALES		
MINERALES Y ELECTROLITOS			ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	3	
BICARBONATOS			ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	1 or 1b*		KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml	1 or 1b*		kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*	
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	1 or 1b*		KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION	3		lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
CALCIO					
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	1 or 1b*		<b>DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 5-0.225 %</b>	3	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*		<b>DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 5-0.3 %</b>	1 or 1b*	
<b>NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		<b>IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		<b>ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION</b>	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*	
<b>PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		<b>KCL IN DEXTROSE-NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%</b>	1 or 1b*	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*		<b>KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 40-0.9 MEQ/L-%</b>	1 or 1b*		<b>NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
ringers intravenous solution	1 or 1b*		<b>NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE</b>	3		potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 10 meq/l, 20 meq/l	1 or 1b*	
<b>ELECTROLITOS Y DEXTROSA</b>			<b>FLUORURO</b>		
<b>DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml	1 or 1a*	\$0
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*		sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*	\$0
<b>DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 2.5-0.45 %</b>	3		sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*		<b>FOSFATO</b>		
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*		<b>GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
			<b>K-PHOS ORAL TABLET</b>	2	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET	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	1 or 1b*	
potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sodium phosphates intravenous solution	1 or 1b*	
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
<b>MAGNESIO</b>		
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/100ML-%	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/50ML, 20 GM/500ML, 4 GM/100ML, 40 GM/1000ML	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 4 GM/50ML	3	
<b>MANGANESO</b>		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	
<b>OLIGOELEMENTOS</b>		
chromic chloride intravenous solution	1 or 1b*	
cupric chloride intravenous solution	3	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>POTASIO</b>		
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 20 meq	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
<b>K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ</b>	3	
<b>POKONZA ORAL PACKET</b>	3	
<b>POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML</b>	1 or 1b*	
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 10 meq, 20 meq, 8 meq	1 or 1b*	
potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq	1 or 1a*	
<b>POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML</b>	1 or 1b*	
<b>POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML</b>	3	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	1 or 1b*	
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution 10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>SODIO</b>		
aquastat intravenous solution	1 or 1b*	
<b>AQUASTAT SFR INTRAVENOUS SOLUTION</b>	1 or 1b*	
bd posiflush 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*	
sodium chloride (pf) injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	1 or 1b*	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	1 or 1b*	
<b>ZINC</b>		
<b>GALZIN ORAL CAPSULE</b>	3	
zinc chloride intravenous solution	1 or 1b*	
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
<b>MULTIVITAMINAS</b>		
<b>MULTIVITAMINAS</b>		
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
<b>DAVIMET-M ORAL TABLET CHEWABLE</b>	3	
<b>ESTROFACTORS ORAL TABLET</b>	2	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
gnp essential one daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
healthy hair/skin/nails oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET</b>	2	\$0
<b>INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE</b>	3	
multi vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET</b>	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	1 or 1b*	\$0
multivitamin iron-free oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>MULTIVITAMIN ORAL TABLET</b>	2	\$0
multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>NEOMULTIVITE ORAL TABLET</b>	2	\$0
novite oral capsule	1 or 1b*	
<b>OMNICAP ORAL TABLET</b>	2	\$0
once daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET</b>	2	\$0
<b>ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET</b>	2	\$0
<b>ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET</b>	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

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
<b>QUINTABS ORAL TABLET</b>	2	\$0
sm multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress formula oral tablet	1 or 1b*	\$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
<b>THERA ORAL TABLET</b>	2	\$0
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>THEREMS ORAL TABLET</b>	2	\$0
tm-daily vite oral tablet	2	\$0
vit e-vit c-beta carotene oral tablet	1 or 1b*	\$0
vitalee oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION</b>	3	
<b>VITAMINAS CON LIPOTRÓPICOS</b>		
<b>ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET</b>	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
<b>COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</b>	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
lipo flavonoid plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
lipoflavovit oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>LIPOTRIAD ORAL TABLET</b>	2	\$0
mega multiple/chelated mineral oral tablet	1 or 1b*	\$0
nat-rul b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
risanoid plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
ultra b-100 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>VITAMINAS DEL COMPLEJO B</b>		
allbee/c oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex 100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex-c oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET</b>	2	\$0
b complex-c-folic acid oral tablet	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 (folic acid) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex 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
b-complex/electrolytes 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-complex-c oral tablet	1 or 1b*	\$0
better b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
big 100 (biotin) oral tablet	1 or 1b*	\$0
big 100 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
cvs b complex plus c oral tablet	1 or 1b*	\$0
cvs super b complex/c oral tablet	1 or 1b*	\$0
dialyvite 800 oral tablet	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
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET</b>	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
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
kobee oral tablet	1 or 1b*	\$0
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*	\$0
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>NEPHRO-VITE ORAL TABLET</b>	1 or 1b*	\$0
qc b50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
qc b-complex/vitamin c oral tablet	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
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*	\$0

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
rena-vite oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b super vitamin complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b100 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET</b>	2	\$0
sm super b complex/c oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm vitamin b complex/vitamin c 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/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b-complex + vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b-complex/vit c/fa 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
vitamin b + c complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
yl balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>VITAMINAS MÚLTIPLES CON HIERRO</b>		
daily vite multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
multivitamin plus iron adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
nat-rul daily-vite+iron oral tablet	1 or 1b*	\$0

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

En vigencia desde el 02012024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
one daily multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
one-daily/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
qc daily multivitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress b complex/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress formula/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
tab-a-vite/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
<b>TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET</b>	<b>2</b>	<b>\$0</b>
<b>VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y CALCIO-ACIDO FÓLICO</b>		
<b>FOLGARD OS ORAL TABLET</b>	<b>3</b>	
<b>VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y FLUORURO-HIERRO-ACIDO FÓLICO</b>		
<b>QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE</b>	<b>3</b>	
<b>VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES</b>		
<b>LIVITA ADULTS ORAL LIQUID</b>	<b>3</b>	
<b>MENATROL ORAL CAPSULE</b>	<b>3</b>	
<b>VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
adc/f (0.5mg/ml) oral solution	1 or 1b*	\$0
<b>FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE</b>	<b>3</b>	
<b>FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>LIVITA CHILDREN ORAL LIQUID</b>	<b>3</b>	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
multivitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
multi-vitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	\$0
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
<b>MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE</b>	<b>3</b>	
<b>POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION</b>	<b>3</b>	
<b>POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE</b>	<b>3</b>	
<b>POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION</b>	<b>3</b>	
<b>POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE</b>	<b>3</b>	
<b>QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID</b>	<b>3</b>	
<b>QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION</b>	<b>3</b>	
<b>QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE</b>	<b>3</b>	
<b>TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION 0.25 MG/ML</b>	<b>3</b>	
<b>TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION</b>	<b>3</b>	
tri-vite/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
<b>VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION</b>	<b>3</b>	
vitamins acd-fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
<b>VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION</b>	<b>3</b>	
<b>VITAMINAS PRENATALES</b>		
<b>ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE</b>	<b>2</b>	<b>QL</b>

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ATABEX OB ORAL TABLET	2	QL
AZESCO ORAL TABLET	3	ST; QL
CITRANATAL 90 DHA ORAL 90-1 & 300 MG	3	ST; QL
CITRANATAL ASSURE ORAL 35-1 & 300 MG	3	ST; QL
CITRANATAL B-CALM ORAL	2	QL
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE 27-1-260 MG	3	
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE	3	ST; QL
CLASSIC PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
C-NATE DHA ORAL CAPSULE	2	QL
COMPLETE NATAL DHA ORAL 29-1-200 & 200 MG	2	QL
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL
CO-NATAL FA ORAL TABLET	2	QL
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE	2	QL
CONCEPT OB ORAL CAPSULE	2	QL
CVS PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2	ST; \$0; QL
DUET DHA 400 ORAL	3	ST; QL
elite-ob oral tablet	1 or 1b*	QL
ENBRACE HR ORAL CAPSULE	3	ST; QL
ENFAMIL EXPECTA ORAL	2	\$0; QL
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2	\$0; QL
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG	2	QL
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
inatal gt oral tablet	1 or 1b*	QL
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2	\$0; QL
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
MASONATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL
MULTI PRENATAL ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
NATACHEW ORAL TABLET CHEWABLE 28-1 MG	3	ST; QL
natal pnv oral tablet	3	ST; QL
NATALVIT ORAL TABLET	2	QL
NEEVO DHA ORAL CAPSULE 27-1.13 MG	3	ST; QL
NEONATAL + DHA ORAL	3	ST; QL
NEONATAL 19 ORAL TABLET	3	ST; QL
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL
NEONATAL FE ORAL TABLET	3	ST; QL
NEONATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL
neonatal prenatal oral tablet	2	\$0; QL
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
NESTABS DHA ORAL	3	ST; QL
NESTABS ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
NESTABS ORAL TABLET	3	ST; QL
NIVA-PLUS ORAL TABLET	2	QL
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
OB COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET	3	ST; QL
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
ONE VITE WOMENS ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL	2	\$0; QL
pnv prenatal plus multivit+dha oral	3	QL
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL
pnv-dha oral capsule	1 or 1b*	QL
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
pnv-select oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
PREGEN DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL
PREMESISRX ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENA 1 TRUE ORAL	2	QL
PRENA1 ORAL TABLET CHEWABLE	3	ST; QL
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL
prenatal 19 oral tablet chewable	1 or 1a*	QL
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL	2	\$0; QL
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2	ST; \$0; QL
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2	\$0; QL
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2	\$0; QL
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2	\$0; QL
PRENATAL-U ORAL CAPSULE	2	QL
PRENATE AM ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-300 MG	3	ST; QL
PRENATE ELITE ORAL TABLET 20-0.6-0.4 MG	3	ST; QL
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-300 MG	3	ST; QL
PRENATE MINI ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-350 MG	3	ST; QL
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE	3	ST; QL
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATRIX ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATRYL ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATVITE COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATVITE PLUS ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATVITE RX ORAL TABLET	3	ST; QL
PRIMACARE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PROVIDA OB ORAL CAPSULE	2	QL
QC PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2	\$0; QL
RA PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG	3	ST; QL
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL
SELECT-OB+DHA ORAL	3	ST; QL
SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL
SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2	\$0; QL
SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2	\$0; QL
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1 MG	2	QL
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VINATE II ORAL TABLET	2	QL
VINATE ONE ORAL TABLET	2	QL
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL
VITAFOL STRIPS ORAL FILM	2	ST; QL
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAFOL-NANO ORAL TABLET	3	ST; QL
VITAFOL-OB ORAL TABLET	3	ST; QL
VITAFOL-OB+DHA ORAL	3	ST; QL
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAMEDMD REDICHEW RX ORAL TABLET CHEWABLE 1.4 MG	3	ST; QL
VITAPEarl ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET	3	ST; QL
VITATRUE ORAL	3	ST; QL
VIVA DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
wesnatal dha complete oral	2	ST; QL
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>NUTRIENTES</b>			<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>AMINOÁCIDOS SIMPLES</b>			<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3		<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>CARBOHIDRATOS</b>			<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*		<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %</b>	3		<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>COMBINACIONES DE LIPOPOTRÓPICOS</b>			<b>CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>LECITHIN ORAL GRANULES</b>	3		<b>CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>LÍPIDOS</b>			<b>CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION</b>	3		<b>CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>DOJOLVI ORAL LIQUID</b>	3	PA; LD; QL; SP	<b>CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION</b>	3		<b>CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %</b>	3		<b>CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION</b>	3		<b>clinisol sf intravenous solution</b>	1 or 1b*	
<b>SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION</b>	3		<b>plenamine intravenous solution</b>	1 or 1b*	
<b>MEZCLAS DE AMINOÁCIDOS</b>			<b>PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %</b>	3	
<b>AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %</b>	3		<b>PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*		<b>TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3				
<b>AMINOSYN-PF 10% INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3				
<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3		ampicillin oral capsule 500 mg	1 or 1a*	
PROTEÍNA-CARBOHIDRATO-LÍPIDO CON COMBINACIONES DE ELECTROLITOS			ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	1 or 1b*	
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION	3		ampicillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION	3		COMBINACIONES DE PENICILINA		
OXITÓCICOS			amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
ABORTIFACIENTES/MA DURACIÓN CERVICAL - PROSTAGLANDINAS			amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
carboprost tromethamine intramuscular solution	1 or 1b*		amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	1 or 1b*	
carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe	3		amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable	1 or 1b*	
CERVIDIL VAGINAL INSERT	3		ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	1 or 1b*	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION	3		ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PREPIDIL VAGINAL GEL	3		AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
OXITÓCICOS			AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125-31.25 MG/5ML	2	
methergine oral tablet	1 or 1b*		AUGMENTIN ORAL TABLET 500-125 MG	3	
methylergonovine maleate injection solution	1 or 1b*		BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
methylergonovine maleate oral tablet	1 or 1b*		BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
oxytocin injection solution	1 or 1b*		piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION	3		UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM, 3 (2-1) GM	3	
PENICILINAS					
AMINOPENICILINAS					
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*				
amoxicillin oral suspension reconstituted	1 or 1a*				
amoxicillin oral tablet	1 or 1a*				
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	1 or 1a*				

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 15 (10-5) GM	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PENICILINAS NATURALES		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	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*	
PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA		
dicloxacillin sodium oral capsule	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS MIXTOS		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
EXTRACTOS ALERGÉNICOS		
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL	3	PA; LD; QL; SP
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP	2	QL
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP	2	QL
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP	2	QL
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP	2	QL
ADVANCE INTUITION TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVANCE MICRO-DRAW TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVOCATE REDI-CODE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVOCATE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX AMP TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX JAZZ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX KEYNOTE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX PRESTO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE 3 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ASSURE 4 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CONTOUR TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE II CHECK IN VITRO STRIP	3	ST; QL	COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE II IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CVS ADVANCED GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE PLATINUM IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE PRISM MULTI TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE PRO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
BIOTEL CARE TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	DIATHRIVE GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
blood glucose test strips 333 in vitro strip	3	ST; QL	DIATRUE PLUS TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	DUO-CARE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY PLUS II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CARESENS N GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY STEP TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CARETOUCH TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY TALK PLUS II TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHEK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY TOUCH TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHOICE MICRO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASY TRAK II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASYGLUCO IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASymax 15 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CONTOUR NEXT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EASYMAX TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASYPROM BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA G30/PREM V10 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASYPROM PLUS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA GD20 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ELEMENT COMPACT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ELEMENT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA TN'G ADVANCE PRO IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA TN'G/TN'G VOICE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA V12 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA V20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EQ BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EVOLUTION AUTOCODE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORACARE GD40 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORACARE PREMIUM V10 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA 6 CONNECT IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORACARE TEST N GO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORTISCARE G1 TEST STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORTISCARE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA D15G BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP	3	QL
FORA D20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP	3	QL
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP	3	QL
			FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP	3	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GENULTIMATE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GHT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	IGLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCO PERFECT 3 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOCARD EXPRESSION TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	INFINITY VOICE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOCARD SHINE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	KROGER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOCARD VITAL TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOCARD X-SENSOR IN VITRO STRIP	3	ST; QL	KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOCOM TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	LIBERTY NEXT GENERATION TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	LIBERTY TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GLUCOSE METER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MEIJER TRUETEST TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MEIJER TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GNP TRUETRACK TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MICRODOT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MM EASY TOUCH GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	MYGLUCOHEALTH TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GOODSENSE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	NEUTEK 2TEK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NOVA MAX GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	RELION BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ONE DROP TEST IN VITRO STRIP	3	QL	RELION CONFIRM/MICRO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP	2	QL	RELION PREMIER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP	2	QL	RELION PRIME TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
OPTIUMEZ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	RELION ULTIMA TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PHARMACIST CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL	REXALL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP IN VITRO STRIP	3	QL	RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
POCKETCHEM EZ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST	3	QL	RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	SMART SENSE PREMIUM TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC IN VITRO STRIP	3	ST; QL	SMART SENSE VALUE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PTS PANELS EGLU TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	SMARTTEST BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
QUICKTEK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	SOLUS V2 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	SUPREME TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	TGT BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS		
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)***		
TRUETEST TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE	2	PA; QL
TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	QULIPTA ORAL TABLET	3	PA; QL
UNISTRIP1 GENERIC IN VITRO STRIP	3	ST; QL	UBRELVY ORAL TABLET	3	ST; QL
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ZAVZPRET NASAL SOLUTION	3	ST; QL
VIVAGUARD INO TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	*MIGRAINE PRODUCTS - CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS***		
PRODUCTOS DIGESTIVOS			ELYXYB ORAL SOLUTION	3	ST; QL
ENZIMAS DIGESTIVAS			*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)***		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	2	QL	REVVOW ORAL TABLET	3	ST; QL
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10500-35500 UNIT, 16800-56800 UNIT, 21000-54700 UNIT, 2600-8800 UNIT, 37000-97300 UNIT, 4200-14200 UNIT	3	ST; QL	AGONISTA SELECTIVO DE SEROTONINA - COMBINACIONES DE AINE		
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	ST; QL	sumatriptan-naproxen sodium oral tablet	3	ST; QL
SUCRAID ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL	TREXIMET ORAL TABLET 85-500 MG	3	ST; QL
VIOKACE ORAL TABLET	3	QL	AGONISTAS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT(1)		
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	2	QL	almotriptan malate oral tablet	1 or 1b*	QL
			eletriptan hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	QL
			FROVA ORAL TABLET	3	ST; QL
			frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
			IMITREX NASAL SOLUTION	3	ST; QL
			IMITREX ORAL TABLET	3	ST; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	ZOMIG ORAL TABLET	3	ST; QL
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL	ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
MAXALT ORAL TABLET 10 MG	3	ST; QL	AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	3	ST; QL	AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL	AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER	3	ST; QL	EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL
RELPAK ORAL TABLET	3	ST; QL	EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
rizatriptan benzoate oral tablet	1 or 1b*	QL	EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL	VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
sumatriptan nasal solution	1 or 1b*	QL	COMBINACIONES DE ERGOTAMINA		
sumatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	QL	ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*	
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	QL	migergot rectal suppository	1 or 1b*	
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL	PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - AINE		
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL	CAMBIA ORAL PACKET	3	ST; QL
TOSYMRA NASAL SOLUTION	3	ST; QL	diclofenac potassium(migraine) oral packet	3	ST; QL
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL	PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS		
zolmitriptan nasal solution 5 mg	1 or 1b*	ST; QL	dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL
zolmitriptan oral tablet	1 or 1b*	QL			
zolmitriptan oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL			
ZOMIG NASAL SOLUTION	3	ST; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
dihydroergotamine mesylate nasal solution	3	ST; QL
<b>ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</b>	3	
<b>MIGRANAL NASAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>PRODUCTOS VAGINALES</b>		
<b>*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS***</b>		
PHEXXI VAGINAL GEL	3	
<b>ANTIINFECCIOSOS Vaginales</b>		
CLEOCIN VAGINAL CREAM	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM	3	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL	3	PA; QL
<b>ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL</b>		
GYNIAZOLE-1 VAGINAL CREAM	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream	1 or 1b*	QL
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL
<b>ESPERMICIDAS</b>		
<b>ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY</b>	2	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL</b>	2	\$0
<b>TODAY SPONGE VAGINAL</b>	2	\$0
<b>VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM</b>	2	\$0
<b>VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL</b>	2	\$0
<b>ESTRÓGENOS Vaginales</b>		
<b>ESTRACE VAGINAL CREAM</b>	3	QL
estradiol vaginal cream	1 or 1b*	QL
estradiol vaginal tablet	1 or 1b*	QL
<b>ESTRING VAGINAL RING 7.5 MCG/24HR</b>	3	QL
<b>FEMRING VAGINAL RING</b>	3	QL
<b>IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT</b>	3	QL
<b>IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT</b>	3	QL
<b>PREMARIN VAGINAL CREAM</b>	2	QL
<b>VAGIFEM VAGINAL TABLET 10 MCG</b>	3	QL
yuvafem vaginal tablet	1 or 1b*	QL
<b>PRODUCTOS Vaginales Varios</b>		
<b>INTRAROSA VAGINAL INSERT</b>	3	ST; QL
<b>PROGESTINAS Vaginales</b>		
<b>CRINONE VAGINAL GEL 4 %</b>	3	SP
<b>CRINONE VAGINAL GEL 8 %</b>	3	PA; QL; SP
<b>ENDOMETRIN VAGINAL INSERT</b>	3	PA
<b>PROGESTINAS</b>		
<b>PROGESTINAS</b>		
medroxyprogesterone acetate oral tablet	1 or 1a*	QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	1 or 1b*		*STIMULANT COMBINATIONS***		
norethindrone acetate oral tablet	1 or 1b*		AZSTARYS ORAL CAPSULE	3	ST; QL
progesterone intramuscular oil	1 or 1b*		AGENTE PARA EL TDAH - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA		
progesterone oral capsule	1 or 1b*	QL	atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; DO
PROMETRIUM ORAL CAPSULE	3	QL	atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	PA; QL
PROVERA ORAL TABLET	3	QL	QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 150 MG	3	ST; DO
SULFONAMIDAS			QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG	3	ST; QL
SULFONAMIDAS			STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	3	PA; DO
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*		STRATTERA ORAL CAPSULE 100 MG, 60 MG, 80 MG	3	PA; QL
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS			AGENTE PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) - AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS		
*ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS***			clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; BE; QL	guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	PA; DO
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)***			guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	PA; QL
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG	3	PA; QL	INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1 MG, 2 MG	3	PA; DO
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG	3	PA; DO	INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG, 4 MG	3	PA; QL
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS***			ANALÉPTICOS		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG	3	PA; LD; QL; SP	caffeine citrate intravenous solution	1 or 1b*	
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG	3	PA; LD; DO; SP			
*MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS***					
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; BE; QL			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
caffeine citrate oral solution	1 or 1b*	
<b>DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>ANFETAMINAS</b>		
<b>ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE</b>	3	ST; QL
amphetamine sulfate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
amphetamine sulfate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
<b>DESOXYN ORAL TABLET</b>	3	ST; QL
<b>DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG</b>	3	ST; QL
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	PA; QL
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
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL
dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
<b>DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE</b>	3	ST; QL
<b>DYANAVEL XR ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 10 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>DYANAVEL XR ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 15 MG, 20 MG</b>	3	ST; QL
<b>EVEKEO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE</b>	3	ST; QL
<b>EVEKEO ORAL TABLET 10 MG</b>	3	PA; QL
<b>EVEKEO ORAL TABLET 5 MG</b>	3	PA; DO

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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
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
methamphetamine hcl oral tablet	3	ST; QL
procentra oral solution	1 or 1b*	PA; QL
<b>VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG</b>	2	PA; DO
<b>VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG</b>	2	PA; QL
<b>VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG</b>	2	PA; DO
<b>VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG</b>	2	PA; QL
<b>XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH</b>	3	ST; QL
zenzedi oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL
zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
<b>ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS</b>		
<b>ADIPEX-P ORAL TABLET</b>	3	PA; BE; QL
benzphetamine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	PA; BE; QL
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL
<b>LOMAIRÁ ORAL TABLET</b>	3	PA; BE; QL
<b>PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	PA; BE; QL

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL	<b>DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 20 MG/9HR, 30 MG/9HR</b>	3	ST; QL
phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL	dexamphetamine hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	ST; DO
phentermine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL	dexamphetamine hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	ST; QL
<b>ANTIOBÉSICOS - AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1</b>			dexamphetamine hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</b>	3	PA; BE; QL	dexamphetamine hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
<b>WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR</b>	2	PA; BE; QL	dexamphetamine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>COMBINACIONES DE AGENTES ANTOBÉSICOS</b>			dexamphetamine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
<b>CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR</b>	3	PA; BE; QL	<b>FOCALIN ORAL TABLET 10 MG</b>	3	ST; QL
<b>COMBINACIONES DE ANOREXÍGENOS</b>			<b>FOCALIN ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	PA; BE; QL	<b>FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>ESTIMULANTES VARIOS</b>			<b>FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG</b>	3	ST; QL
<b>APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG</b>	3	ST; DO	<b>JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 60 MG, 80 MG</b>	3	ST; QL
<b>APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 50 MG, 60 MG</b>	3	ST; QL	<b>JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG</b>	3	ST; DO
armodafinil oral tablet	1 or 1b*	PA; QL	<b>METHYLIN ORAL SOLUTION</b>	3	ST; QL
<b>CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG</b>	3	ST; DO	methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
<b>CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG, 54 MG</b>	3	ST; QL	methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE</b>	3	ST; QL			
<b>DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 10 MG/9HR, 15 MG/9HR</b>	3	ST; DO			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
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, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
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, 54 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg	3	ST; QL
<b>METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG</b>	3	ST; QL
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
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
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	1 or 1b*	ST; DO

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel</b>	<b>Notas</b>
methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr	1 or 1b*	ST; QL
modafinil oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; DO
modafinil oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; QL
<b>NUVIGIL ORAL TABLET</b>	3	PA; QL
<b>PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG</b>	3	PA; DO
<b>PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG</b>	3	PA; QL
<b>QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 20 MG</b>	3	ST; DO
<b>QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 30 MG, 40 MG</b>	3	ST; QL
<b>QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER</b>	3	ST; QL
<b>RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG</b>	3	ST; DO
<b>RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG, 45 MG, 54 MG, 63 MG</b>	3	ST; QL
<b>RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG</b>	3	ST; DO
<b>RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 40 MG</b>	3	ST; QL
<b>RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</b>	3	ST; DO
<b>RITALIN ORAL TABLET 20 MG</b>	3	ST; QL
<b>INHIBIDORES DE LA LIPASA</b>		
orlistat oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL
<b>XENICAL ORAL CAPSULE</b>	3	PA; BE; QL
<b>MEZCLAS DE ANFETAMINAS</b>		
<b>ADDERALL ORAL TABLET 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG</b>	3	ST; DO

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	3	ST; QL	<b>FLUOROCICLINAS</b>		
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 5 MG	3	ST; DO	XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 25 MG, 30 MG	3	ST; QL	<b>TETRACICLINAS</b>		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO	demeocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL	<b>DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 120 MG</b>	3	ST; QL
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; DO	<b>DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 60 MG</b>	3	ST
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL	<b>DORYX ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50 MG</b>	3	ST; QL
amphet-dextroamphet 3-bead oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL	doxy 100 intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
<b>MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL	doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
<b>TETRACICLINAS</b>			doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL
<b>*GLYCOCYCLINES***</b>			doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	
<b>TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	1 or 1b*		doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
<b>TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3		doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	3	ST; QL
<b>AMINOMETICICLINAS</b>			doxycycline hyclate oral tablet delayed release	3	ST; QL
<b>NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3		doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL
<b>NUZYRA ORAL TABLET 150 MG</b>	3	PA; QL	doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg	3	ST
			doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
			doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL
			doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	
			<b>MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</b>	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
minocycline hcl er oral capsule extended release 24 hour	3	ST; QL	KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL	PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
minocycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL	PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
minocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	QL	QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
<b>MINOLIRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL	QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
monodoxine nl oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL	TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
<b>SEYSARA ORAL TABLET</b>	3	ST; QL	TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	3	\$0
<b>SOLODYN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 105 MG, 115 MG, 55 MG, 65 MG, 80 MG</b>	3	ST; QL	TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
targadox oral tablet	1 or 1b*	QL	VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*		VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
<b>VIBRAMYCIN ORAL CAPSULE</b>	3	ST; QL	<b>VACUNAS</b>		
<b>VIBRAMYCIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED</b>	3	ST; QL	<b>COMBINACIONES DE VACUNAS VIRALES</b>		
<b>XIMINO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</b>	3	ST; QL	M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
<b>TOXOIDES</b>			PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
<b>COMBINACIONES DE TOXOIDES</b>			PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
<b>ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5</b>	3	\$0			
<b>BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5</b>	3	\$0			
<b>BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE</b>	3	\$0			
<b>DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5</b>	3	\$0			
<b>INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION</b>	3	\$0			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
VACUNAS BACTERIANAS			TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0	TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0	VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3		VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	2	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0	VACUNAS VIRALES		
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0	ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0; QL
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0	ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0	AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0	AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	2	\$0; QL
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0	AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; \$0; QL
PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE	2	\$0	COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0
PREVNAR 13 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0	COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0			

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3		FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	2	\$0; QL
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	\$0	GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
FLUAD QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	3	\$0
FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	2	\$0	IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL	IPOVATION INJECTION INJECTABLE	3	\$0
FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
FLULALVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	\$0
FLUMIST QUADRIVALENT NASAL SUSPENSION	2	\$0; QL	MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension	2	\$0
FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCg/0.3ML	2	\$0
			pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension 3 mcg/0.3ml	2	\$0
			PREHEVBRIOP INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3		<b>VASOPRESORES</b>		
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	\$0	AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	ADRENALIN INJECTION SOLUTION	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	\$0	AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	\$0	epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	\$0	epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0	EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT	3	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0	EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3		EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3		<b>HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (NOH) - AGENTES</b>		
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	3	\$0	droxidopa oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	\$0	NORTHERA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3		<b>VASOPRESORES</b>		
			AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
			BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
			EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	3	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML</b>	1 or 1b*	
epinephrine injection solution 1 mg/ml, 10 mg/10ml	3	
<b>EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML</b>	3	
<b>EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION</b>	3	
<b>GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>IMMPHENITIV INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
midodrine hcl oral tablet	1 or 1b*	
norepinephrine bitartrate intravenous solution	1 or 1b*	
<b>PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML</b>	1 or 1b*	
<b>REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION 47 MG/10ML</b>	3	
<b>VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	
<b>VITAMINAS</b>		
<b>VITAMINA A</b>		
<b>AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML</b>	3	
<b>VITAMINA B</b>		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
<b>VITAMINA C</b>		
<b>ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION</b>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
<b>VITAMINA D</b>		
<b>DRISDOL ORAL CAPSULE</b>	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
<b>VITAMINA K</b>		
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	1 or 1b*	
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 02/01/2024

La mayoría de los planes incluyen nuestro práctico programa de envío a domicilio sin costos adicionales para el afiliado. Puedes obtener más información en [empireblue.com](http://empireblue.com) o llamando al 866-297-0984.

## **Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia, inicia sesión en [empireblue.com](http://empireblue.com).**

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.



An Anthem Company

Los servicios son proporcionados por Empire HealthChoice HMO, Inc. y/o Empire HealthChoice Assurance, Inc., licenciatarios de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Rev. 1/19

# 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 помочь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

## Arabic

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

## 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, chiama il numero dedicato ai Servizi per i membri riportato sul suo libretto. (TTY/TDD: 711)

#### Polish

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

#### Punjabi

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

#### Navajo

Bee ná ahóótí' t'áá ni nizaad k'ehjí niká a'doowoít'áá jiik'e. Naaltsoos bee atah nílinígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí bccésh bee hane'i bikáá' áají' hodíílnih. Naaltsoos bee atah nílinígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí bccésh bee hane'i bikáá' áají' 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>.