

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 sobre la lista:

- 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 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.

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

Lista abierta de medicamentos tradicional

¿Qué es una lista de medicamentos?

La lista de medicamentos (también 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. La lista no incluye medicamentos OTC.
- Si un medicamento que estás 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 miembros 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 miembros.

¿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 o venderlos.

Los medicamentos genéricos también están aprobados por la FDA y contienen los mismos principios activos que los medicamentos 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 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.

¿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 se mueve a un nivel más alto.

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.

¿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).

Una nota sobre analgésicos opioides. La distribución de costos para 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 miembros, este producto podría cubrirse al 100 % sin distribución de costos, con una receta de tu proveedor, en caso de que se cumplan criterios específicos.

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 debas 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 debas tomar otro medicamento recomendado antes de que se cubra un medicamento.

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	23
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO	21
AGENTES DERMATOLÓGICOS	23
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 GOTAS	64
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS	64
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS	70
AGENTES TIROIDEOS	71
AMEBICIDAS	71
AMINOGLUCÓSIDOS	71
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS	72
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS	77
ANALGÉSICOS - OPIOIDES	78
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS	81
ANESTÉSICOS GENERALES	82
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES	82
ANTIARRÍTMICOS	83
ANTICOAGULANTES	84
ANTICONCEPTIVOS	85
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
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES	130

ANTIVIRALES	130
BETABLOQUEADORES	134
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO	136
CARDIOTÓNICOS	138
CEFALOSPORINAS	138
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS	140
CLASES VARIADAS	142
CORTICOESTEROIDES	143
DISPOSITIVOS MÉDICOS	145
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS	147
DIURÉTICOS	160
ESTRÓGENOS	161
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS	162
FLUOROQUINOLONAS	163
HIPNÓTICOS	163
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO	163
LAXANTES	164
MACRÓLIDOS	166
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA	167
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS	169
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS	168
MINERALES Y ELECTROLITOS	170
MULTIVITAMINAS	173
NUTRIENTES	180
OXITÓCICOS	181
PENICILINAS	182
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO	183
PRODUCTOS DIGESTIVOS	187
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS	188
PRODUCTOS VAGINALES	189
PROGESTINAS	190
SULFONAMIDAS	190
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS	190
TETRACICLINAS	194
TOXOIDES	195
VACUNAS	196
VASOPRESORES	199
VITAMINAS	199

Tres Niveles

CURRENT AS OF 2/1/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES ANORRECTALES		
AGENTES VASODILATADORES DE NITRATOS		
RECTIV RECTAL OINTMENT	3	QL
ANESTÉSICOS/ESTEROIDES RECTALES		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM	3	
ESTEROIDES INTRARRECTALES		
budesonide rectal foam	1 or 1b*	QL
CORTENEMA RECTAL ENEMA	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM	3	QL
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
UCERIS RECTAL FOAM	3	QL
ESTEROIDES RECTALES		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM	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
AGENTES ANSIOLÍTICOS		
AGENTES ANSIOLÍTICOS VARIOS		
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	
VISTARIL ORAL CAPSULE 25 MG	3	
BENZODIAZEPINAS		
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
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	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
ATIVAN INJECTION SOLUTION	3	
ATIVAN ORAL TABLET	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	NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	3	
lorazepam injection solution	1 or 1b*		NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	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	NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
lorazepam oral tablet	1 or 1b*	QL	nitroglycerin sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG, 1.5 MG	3	ST; DO	nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG	3	ST; QL	nitroglycerin translingual solution	1 or 1b*	
oxazepam oral capsule	1 or 1b*	QL	NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION	3	
VALIUM ORAL TABLET	3	QL	NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	
XANAX ORAL TABLET	3	QL	AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES		
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	3	DO	*THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS***		
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG	3	QL	TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
AGENTES ANTIANGINOSOS			TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
AGENTES ANTIANGINOSOS - OTRO			AGENTES ANTIINFLAMATORIOS		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET	3	PA; QL	cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL			
NITRATOS					
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET	3				
isosorbide dinitrate oral tablet	1 or 1b*				
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*				
isosorbide mononitrate oral tablet	1 or 1b*				
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT	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
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG1 KAPPA)					
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	BETA AGONISTAS		
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
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG4 KAPPA)					
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LEUCOTRIENO			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	BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	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	PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	QL
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL	PROAIR DIGITALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 108 (90 BASE) MCG/ACT	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
INHALANTES DE ESTEROIDES			QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED	2	QL
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL	INHIBIDORES DE LA 5-LIPOOXYGENASA		
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
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) SELECTIVOS		
DALIRESP ORAL TABLET	3	PA; QL
roflumilast oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
XANTINAS		
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
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS**		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*URINARY ANTI-INFECTIVES***		
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	
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES		
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*	
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
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*		PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500-500 MG	3	
tinidazole oral tablet	1 or 1b*	QL	RECARBRIOD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*		VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
XIFAXAN ORAL TABLET	3	PA; QL	GLUCOPÉPTIDOS		
AGENTES ANTIPROTOZOARIOS			DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL	FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL
ALINIA ORAL TABLET	3	QL	KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
atovaquone oral suspension	1 or 1b*		ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
LAMPIT ORAL TABLET	3		VANCOCIN ORAL CAPSULE	3	PA; QL
MEPRON ORAL SUSPENSION	3		VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%, 500-5 MG/100ML-%, 750-5 MG/150ML-%	3	QL
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL	VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%, 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL
AGENTES LEPROSTÁTICOS			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	3	QL
dapsone oral tablet	1 or 1b*				
CARBAPENEMAS					
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*				
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*				
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3				
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM/50ML, 500 MG/50ML	3				
CLORANFENICOLES					
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*				
COMBINACIONES DE CARBAPENEMAS					
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*	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	3	QL	LIPOPÉPTIDOS CÍCLICOS		
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 GM, 750 MG	1 or 1b*	QL	CUBICIN RF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
vancomycin hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL	DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	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	
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	PA; QL	MONOBACTÁMICOS		
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 750 MG	3		AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
LINCOSAMIDAS			aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CLEOCIN ORAL CAPSULE	3		CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; QL; SP
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3		OXAZOLIDONAS		
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION	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
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3		SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	1 or 1b*		SIVEXTRO ORAL TABLET	3	PA; QL
LINCOGIN INJECTION SOLUTION	3		ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 600 MG/300ML	3	
			ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL
			ZYVOX ORAL TABLET	3	PA; QL
			POLIMIXINAS		
			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		
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML	1 or 1b*	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
MESTINON ORAL SOLUTION	3	
MESTINON ORAL TABLET	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 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*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ethambutol hcl oral tablet	1 or 1b*	
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
MYAMBUTOL ORAL TABLET 400 MG	3	
MYCOBUTIN 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
BENZISOXAZOLES					
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
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	QL
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	QL
BENZODIACEPINAS		
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
ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
ZYPREXA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	3	ST; DO
ZYPREXA ORAL TABLET 15 MG, 20 MG	3	ST; QL
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG	3	ST; DO
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG, 20 MG	3	ST; QL
BUTIROFENONAS		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION	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
DERIVADOS DE LAS QUINOLEÍNAS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	3	QL
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	3	QL
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	QL
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG	3	ST; QL
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG	3	ST; QL
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	3	ST; DO
ABILIFY ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	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
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR 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
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
DIBENZODIACEPÍNICO S		
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
DIBENZODIAZEPINAS		
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
DIBENZOOXEPINO PIRROLES		
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
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG	3	ST; QL
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG	3	ST; DO
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	ST; QL
DIBENZOAZEPINAS		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	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
DIHIDROINDOLONAS		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
molindone hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL
FENOTIAZINAS		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
TIOXANTENOS		
thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	PA; QL
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS***		
CAMZYOS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
*CARDIOVASCULAR ANTI-INFLAMMATORY/IMMUNE MODULATORS***		
LODOCORAL TABLET	3	PA; QL
*CARDIOVASCULAR SGLT2 INHIBITORS**		
INPEFA ORAL TABLET	3	PA; QL
*TRANSTHYRETIN STABILIZERS***		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)***		
VERQUVO ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES SÉPTICOS - ABLACIÓN		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION	3	
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
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
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG	3	QL
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG	3	DO
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE NEPRISILINA (ARNI) - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
ENTRESTO ORAL TABLET	3	QL
COMBINACIONES DE NITRATOS Y VASODILATADORES		
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
HIPERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTA DEL RECEPTOR DE PROSTACICLINA			REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL	REVATIO ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
UPTRAVI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	sildenafil citrate intravenous solution	1 or 1b*	PA; QL; SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	sildenafil citrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL; SP
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA			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	TADLIQ ORAL SUSPENSION	3	PA; QL; SP
LETAIRIS ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 SELECTIVO DEL GUANOSÍN MONOFOSFATO CÍCLICO (CGMP)		
OPSUMIT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA
TRACLEER ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	CIALIS ORAL TABLET 5 MG	3	PA; QL
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD; QL; SP	sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)			STENDRA ORAL TABLET	3	PA
ADEMPAS ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA			tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL
ADCIRCA ORAL TABLET	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
LIQREV ORAL SUSPENSION	3	PA; QL; SP	VIAGRA ORAL TABLET	3	PA
REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP	INHIBIDORES DEL NÓDULO SINUSAL		
			CORLANOR ORAL SOLUTION	3	PA; QL
			CORLANOR ORAL TABLET	2	PA; QL
			PROSTAGLANDINAS - AGENTES PARA LA IMPOTENCIA		
			CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT	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	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - COMBINACIONES		
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVIRALES		
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; \$0; QL
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	PA; LD; SP	SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 20 MIG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML	3	PA; LD; SP	SUEROS INMUNOLÓGICOS		
treprostinil injection solution	1 or 1b*	PA; LD; SP	ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG	3	PA; LD; QL; SP	BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER	3	PA; LD; QL; SP	BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
TYVASO INHALATION SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION 50000 UNIT/VIAL	3	
			CUTAQUIG SUBCUTANEOUS 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS INJECTABLE	3	SP	HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION 220 UNIT/ML	3	LD; SP
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/100ML	3	PA; LD; SP	HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	3	PA; LD; SP	HYPERRAB INJECTION SOLUTION	3	SP
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML	3	PA; LD; SP	HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL; SP
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	3	PA; LD; SP	IMOgam RABIES-HT INJECTION SOLUTION 300 UNIT/2ML	3	SP
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	3	PA; LD; SP	KEDRAB INJECTION SOLUTION	3	SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	3	PA; LD; SP	MICRHOGAM ULTRA- FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION 312 UNIT/ML	3	SP	NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION 312 UNIT/ML	3	LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 10 GM/50ML, 2 GM/10ML, 4 GM/20ML	3	PA; LD; SP	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	3	PA; LD; SP
			PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
			PRIVIGEN 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
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL; SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL; SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION	3	QL; SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA		
ANTICUERPOS MONOCLONALES BACTERIANOS		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA
ANTITOXINAS - CONTRAVENENOS		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
SUEROS INMUNOLÓGICOS		
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	3	PA; LD; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 5 GM/50ML	3	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 20 GM/200ML	3	PA; LD; SP
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS***		
LITFULO ORAL CAPSULE	3	
*ANTIPSORIATIC COMBINATIONS***		
calsodore external kit	1 or 1b*	
*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS***		
CIBINQO ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
OPZELURA EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)***		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	PA; LD; QL
*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL***		
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL
AGENTES ALQUILANTES TÓPICOS		
VALCHLOR EXTERNAL GEL	3	PA; LD; QL
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - TÓPICOS		
diclofenac epolamine external patch	3	ST; QL
diclofenac sodium external solution	3	ST; QL
FLECTOR EXTERNAL PATCH	3	ST; QL
LICART EXTERNAL PATCH 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
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
METROGEL EXTERNAL GEL	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
lidocaine hcl external 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
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	1 or 1b*	
LIDOCAN EXTERNAL PATCH	1 or 1b*	PA; QL
LIDOCAN III EXTERNAL PATCH	1 or 1b*	PA; QL
LIDODERM EXTERNAL PATCH	3	PA; QL
ZTLIDO EXTERNAL PATCH	3	PA; QL
ANTIBIÓTICOS PARA EL ACNÉ		
ACZONE EXTERNAL GEL	3	ST; QL
AMZEEQ EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
clindacin etz external swab	1 or 1b*	QL
CLINDACIN EXTERNAL FOAM	1 or 1b*	QL
clindacin-p external swab	1 or 1b*	QL
CLINDAGEL EXTERNAL GEL	3	ST; QL
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external gel	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external lotion	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external solution	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external swab	1 or 1b*	QL
dapsone external gel 5 %	1 or 1b*	ST; QL
dapsone external gel 7.5 %	3	ST; QL
ery external pad	1 or 1b*	QL
ERYGEL EXTERNAL GEL	3	QL
erythromycin external gel	1 or 1b*	QL
erythromycin external solution	1 or 1b*	QL
KLARON EXTERNAL LOTION	3	
sulfacetamide sodium (acne) external lotion	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX EXTERNAL OINTMENT	2	QL
gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL
mupirocin calcium external cream	3	ST; QL
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL
XEPI EXTERNAL CREAM	3	QL
ANTIMETABOLITOS ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS		
CARAC EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
EFUDEX EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
fluorouracil external cream 0.5 %	1 or 1b*	ST; QL
fluorouracil external cream 5 %	1 or 1b*	QL
fluorouracil external solution	1 or 1b*	QL
TOLAK EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
ANTIMICÓTICOS - COMBINACIONES TÓPICAS		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL
MYCOZYL HC EXTERNAL LIQUID	3	
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL
VUSION EXTERNAL OINTMENT	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
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL TÓPICOS		
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL
ECOZA EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
ERTACZO EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
EXELDERM EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION	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
LUZU EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL
OXISTAT EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
OXISTAT EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
sulconazole nitrate external cream	1 or 1b*	ST; QL
sulconazole nitrate external solution	1 or 1b*	ST; QL
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL OXABOROL TÓPICOS		
KERYDIN EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL
tavaborole external solution	1 or 1b*	ST; QL
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
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
NAFTIN EXTERNAL GEL	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
ANTINEOPLÁSICO O LESIONES PREMALIGNAS - FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) TÓPICOS		
diclofenac sodium external gel 3 %	1 or 1b*	PA; QL
ANTIPRURIGINOSOS - SISTÉMICOS		
acitretin oral capsule	1 or 1b*	QL
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	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
ANTIPRURIGINOSOS - TÓPICOS		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
ZONALON EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
ANTIPSORIÁSICOS		
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
SORILUX EXTERNAL FOAM	3	QL
tazarotene external cream	1 or 1b*	QL
tazarotene external gel	1 or 1b*	QL
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	2	QL
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.1 %	3	ST; QL
TAZORAC EXTERNAL GEL	3	QL
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT	3	QL
VTAMA EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
ZORYVE EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
ANTIVIRALES - TÓPICOS		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL
DENAVIR EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL
ZOVIRAX EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT	3	QL
APÓSITOS PARA HERIDAS		
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL	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
COMBINACIONES ANESTÉSICAS TÓPICAS		
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	
LM PLUS RELIEF EXTERNAL PATCH	3	
PLIAGLIS EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
PLIAGLIS EXTERNAL KIT	3	PA; QL
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT	3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS CON ESTEROIDES		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM	3	
COMBINACIONES DE DESPIGMENTACIÓN		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM	3	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES - ANESTÉSICOS LOCALES		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM 1-1 %	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION	2	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES TÓPICOS		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	2	ST; QL
calcipotriene-betameth diprop external suspension	2	ST; QL
DUOBRII EXTERNAL LOTION	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ENSTILAR EXTERNAL FOAM	3	QL
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION	3	ST; QL
WYNZORA EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
COMBINACIONES PARA EL ACNÉ		
ACANYA EXTERNAL GEL	3	ST; QL
adapalene-benzoyl peroxide external gel	1 or 1b*	PA; QL
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL	3	ST; QL
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL
CABTREO EXTERNAL GEL	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
EPIDUO EXTERNAL GEL	3	ST; QL
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL	3	ST; QL
neuac external gel	1 or 1b*	QL
ONEXTON EXTERNAL GEL	3	ST; QL
TWYNEO EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
VELTIN EXTERNAL GEL	3	ST; QL
ZIANA EXTERNAL GEL	3	ST; QL
COMBINACIONES TÓPICAS DE ANTIVIRALES		
XERESE EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
CORTICOESTEROIDES - TÓPICOS		
ALA SCALP EXTERNAL LOTION	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL
AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL
APEXICON E EXTERNAL CREAM	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
BRYHALI EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
CAPEX EXTERNAL SHAMPOO	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL
CLOBEX EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO	3	ST; QL
CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID	3	ST; QL
clorcortolone pivalate external cream	3	ST; QL
clodan external shampoo	1 or 1b*	QL
CLODERM EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
CORDRAN EXTERNAL CREAM 0.05 %	3	ST; QL
CORDRAN EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
CORDRAN EXTERNAL TAPE	3	ST; QL
DERMA-SMOOTH/F/S BODY EXTERNAL OIL	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
DESOWEN EXTERNAL CREAM	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
DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL
HALOG EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
HALOG EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL
HALOG EXTERNAL SOLUTION	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
IMPOYZ EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL
LEXETTE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
LOCOID EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
LOCOID LIPOCREAM EXTERNAL CREAM	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
PANDEL EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
SERNIVO EXTERNAL EMULSION	3	ST; QL
SYNALAR EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
SYNALAR EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL
TOPICORT EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
TOPICORT EXTERNAL GEL	3	ST; QL
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
ULTRAVATE EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
VANOS EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
VERDESO EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
CUIDADO DE HERIDAS - AGENTES PARA EL FACTOR DE CRECIMIENTO		
REGRANEX EXTERNAL GEL	3	QL
DERMATITIS ATÓPICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	3	PA; SP
EMOLIENTES		
ammonium lactate external cream	1 or 1b*	QL
ammonium lactate external lotion	1 or 1b*	

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL
AKLIEF EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
ALTRENO EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
amnesteem oral capsule	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
ATRALIN EXTERNAL GEL	3	ST; QL
AZELEX EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
claravis oral capsule	2	PA
DIFFERIN EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 %	3	ST; QL
DIFFERIN EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
EPSOLAY EXTERNAL CREAM	3	QL
FABIOR EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
isotretinoin oral capsule	2	PA
RETIN-A EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
RETIN-A EXTERNAL GEL	3	ST; QL
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL	3	ST; QL
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL	3	ST; QL
TAZAROTENE EXTERNAL FOAM	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %	3	ST; QL	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	
WINLEVI EXTERNAL CREAM	3	ST; QL	EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG, 40 MG	3	
zenatane oral capsule	2	PA	KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRICES					
COPASIL EXTERNAL GEL	3		NEOX 100 EXTERNAL SHEET	3	
PRODUCTOS TÓPICOS VARIOS			NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET	3	
QBREXZA EXTERNAL PAD	3	PA; QL	PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE 0.25 ML, 0.5 ML, 1 ML, 2 ML	3	
PROSTAGLANDINAS - TÓPICAS			PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
bimatoprost external solution	1 or 1b*		PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE	3	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION	3		PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
REEMPLAZOS DE TEJIDO CUTÁNEO			PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET 1 CM X 1 CM , 1 CM X 2 CM , 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 2 CM X 6 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 4 CM X 8 CM , 8 CM X 8 CM	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK 14 MM	3		PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE 4 ML	3		STRATAGRAFT EXTERNAL SHEET	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET 2 CM X 9 CM	3		STRAVIX EXTERNAL SHEET	3	
REEMPLAZOS DE TEJIDO			TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM	3	
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3				
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET	3				
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3				
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM	3				
EPIFIX EXTERNAL DISK 18 MM , 24 MM	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
RETINOIDES ANTINEOPLÁSICOS - TÓPICOS		
PANRETIN EXTERNAL GEL	3	SP
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS		
*ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS***		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
*CKD AGENT- SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR***		
XPHOZAH ORAL TABLET	3	PA; QL
*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS***		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	3	PA; LD; QL
RECORLEV ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)***		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL
*MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS***		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
*NATRIURETIC PEPTIDES***		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS***		
VEOZAH ORAL TABLET	3	PA; QL
*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS***		
KERENDIA ORAL TABLET	3	PA; QL
ABORTIFACIENTES - ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE PROGESTERONA		
MIFEPREX ORAL TABLET	3	
mifepristone oral tablet	1 or 1b*	
AGENTES CALCIOMIMÉTICOS		
cinacalcet hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
SENSIPAR ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES DE SOMATOSTATINA		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	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
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML	3	PA; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR 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
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
AGENTES PARA LA HIPOFOSFATASIA (HPP)		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL
ANÁLOGOS DE LEPTINA		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
ANTAGONISTAS DEL GNRH/LHRH		
cetrorelix 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
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
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
BISFOSFONATOS		
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	ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - GONADOTROPINAS		
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	3	PA; SP	CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	1 or 1b*	PA; QL; SP	FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; SP
CALCITONINAS			GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
calcitonin (salmon) injection solution	1 or 1b*		GONAL-F RFF REDIRECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; SP
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL	GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
MIACALCIN INJECTION SOLUTION	3		MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
CORTICOTROPIA			NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	2	PA; SP
ACTHAR INJECTION GEL	3	PA; LD; SP	OVIDREL SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	PA; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL	3	PA; LD; SP	PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
DEFICIENCIA DE ESFINGOMIELINASA ÁCIDA (ASMD): AGENTES			ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - SINTÉTICOS		
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	CLOMID ORAL TABLET	1 or 1b*	PA
DEFICIENCIA DE LA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA (LIPA) - AGENTES			FACTORES DE CRECIMIENTO DE TIPO INSULINA (SOMATOMEDINAS)		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ENFERMEDAD DE FABRY - AGENTES					
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD			
FABRAZyme INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP			
GALAFOLD ORAL CAPSULE	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
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GHRH)			NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL	NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
HORMONA PARATIROIDEA Y DERIVADOS			NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	3	QL; SP	OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	PA; LD; QL; SP
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	3	QL; SP	OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	3	QL; SP	SAIZEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector	3	QL; SP	SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	3	PA; LD; QL
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	LD; QL; SP	SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; LD; QL; SP
HORMONAS DEL CRECIMIENTO			SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL; SP	INHIBIDORES DE ESCLEROSIS		
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE	3	PA; QL; SP	EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL	INHIBIDORES DE LA GLÁNDULA PITUITARIA DE LHRH/ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA GNRH		
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL; SP	FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT	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
TRATAMIENTO CON FENILBUTAZONAS - AGENTES		
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
TRATAMIENTO DE LA ACIDURIA ORÓTICA HEREDITARIA - AGENTES		
XURIDEN ORAL PACKET	3	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA - AGENTES		
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD
carglumic acid oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; LD
TRATAMIENTO DE LA HOMOCISTINURIA - AGENTES		
betaine oral powder	1 or 1b*	LD
CYSTADANE ORAL POWDER	3	LD
TRATAMIENTO DE LA INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE (IDCG) POR DÉFICIT DE ADENOSINA DESAMINASA - AGENTES		
REVCVI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; LD
TRATAMIENTO DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 (HT-1) HEREDITARIA - AGENTES		
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
TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISM O - ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
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
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION 4 MCG/2ML	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	DDAVP PF INJECTION SOLUTION	3	
paricalcitol oral capsule	1 or 1b*	PA	desmopressin ace spray refrigerated nasal solution	1 or 1b*	
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	PA; QL	desmopressin acetate injection solution	1 or 1b*	
ROCALTROL ORAL CAPSULE	3	PA	DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION	3	LD
ROCALTROL ORAL SOLUTION	3	PA	desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg	1 or 1b*	DO
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg	1 or 1b*	QL
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG	3	PA	desmopressin acetate pf injection solution	1 or 1b*	
TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X - AGENTES			desmopressin acetate spray nasal solution	1 or 1b*	
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
TRATAMIENTO PARA LA DEFICIENCIA DE LA ALFA-GLUCOSIDASA ÁCIDA (GAA) - AGENTES			TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	vasopressin +rfid intravenous solution	1 or 1b*	
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	vasopressin intravenous solution	1 or 1b*	
OPFOLDA ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP	VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
VASOPRESINA			*IBS AGENT - SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR***		
DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML	3		IBSRELA ORAL TABLET	3	ST; QL
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG	3	DO	*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS***		
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG	3	QL	BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	PA; LD; QL
			BYLVAY ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
			LIVMARLI 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
*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	AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR)		
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	ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
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	ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA		
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	ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT4		
ROWASA RECTAL KIT	3	QL	MOTEGRITY ORAL TABLET	3	ST; QL
SFROWASA RECTAL ENEMA	3	QL	ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LAS INTEGRINAS		
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			
AGENTES SOLUBILIZANTES DE CÁLCULOS BILIARES					
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
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE PERIFÉRICO					ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES
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
BLOQUEADORES ALFA DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL					INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA
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	AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS		
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	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - IRRIGANTES GENITOURINARIOS		
			neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	
			AGENTES PARA CÁLCULOS URINARIOS		
			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
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS		
AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA		
adzynma intravenous kit	3	PA
*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA***		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
*COMPLEMENT C1 INHIBITORS***		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
*COMPLEMENT C3 INHIBITORS***		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
*COMPLEMENT C5 INHIBITORS***		
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
*COMPLEMENT C5A INHIBITORS***		
gohibic intravenous solution	3	
*COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS***		
TAVNEOS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS***		
FABHALTA ORAL CAPSULE	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*PYRUVATE KINASE ACTIVATORS***		
PYRUKYND ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
*THROMBOLYTIC AGENT - MISC***		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ACTIVADORES DEL PLASMINÓGENO TISULAR		
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	
AGENTES ANTI FACTOR VON WILLEBRAND		
CABLIVI INJECTION KIT	3	PA; LD
AGENTES DE QUINAZOLINA		
AGRYLIN ORAL CAPSULE	3	QL
anagrelide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
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
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES B2 DE LA BRADICININA			hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION	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*	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR-1 DE PROTEASA ACTIVADA (PAR-1)			HEMINA		
ZONTIVITY ORAL TABLET	3	PA; QL	PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	3	
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA			INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL	dipyridamole oral tablet	1 or 1b*	
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL	INHIBIDORES DE C1		
DERIVADOS DE LA CICLO-PENTIL-TRIAZOLO-PIRIMIDINA (CPTP)			BERINERT INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP
BRILINTA ORAL TABLET	2	QL	CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
DERIVADOS DE LA TIENOPIRIDINA			RUCCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
clopidogrel bisulfate oral tablet	1 or 1b*	QL	INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
EFFIENT ORAL TABLET	3	QL	TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
PLAVIX ORAL TABLET 75 MG	3	QL	TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
prasugrel hcl oral tablet	1 or 1b*	QL			
EXPANSORES PLASMÁTICOS					
HESPAN 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
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*	
PROTEÍNA C HUMANA					
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED			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
PROTEÍNAS PLASMÁTICAS			PLASBUMIN-5 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION	3		PLASMANATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION	3		RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3		THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION	3		AGENTES HEMATOPOYÉTICOS		
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3		*AGENTS FOR SICKLE CELL DISEASE - AUTOLOGOUS GENE THERAPY***		
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3		CASGEVY INTRAVENOUS SUSPENSION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		LYFGENIA INTRAVENOUS SUSPENSION	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		*ERYTHROID MATURATION AGENTS***		
HUMAN ALBUMIN GRIFOLS INTRAVENOUS SOLUTION	3		REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		*HEMOGLOBIN S (HBS) POLYMERIZATION INHIBITORS***		
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION	3		OXBRYTA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION	3		OXBRYTA ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD; QL; SP
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION	3		*HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR PROLYL HYDROXYLASE INHIBITORS***		
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION	3		JESDUVROQ ORAL TABLET	3	PA; QL
PLASBUMIN-25 INTRAVENOUS SOLUTION	3		*SELECTIN BLOCKERS***		
			ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION	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
ÁCIDO FÓLICO/FOLATO		
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0
fa-8 oral capsule	1 or 1b*	\$0
folate oral tablet	1 or 1a*	\$0
folic acid injection solution	1 or 1a*	
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*	\$0
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*	\$0
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
AGENTES CITOTÓXICOS		
DROXIA ORAL CAPSULE	2	
SIKLOS ORAL TABLET	3	PA; SP
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER		
CERDELGA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	3	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
YARGESA ORAL CAPSULE	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
ZAVESCA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA (TPO)		
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG	3	PA; LD; QL; SP
MULPLETA ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	3	PA; LD; QL; SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	3	PA; LD; QL; SP
AMINOÁCIDOS		
ENDARI ORAL PACKET	3	PA; LD; SP
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR CXCR4		
APHEXA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
COBALAMINAS		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	
cyanocobalamin nasal solution	3	
dodex injection solution	1 or 1a*	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	
NASCOBAL NASAL SOLUTION	3	
COMBINACIONES DE ÁCIDO FÓLICO/FOLATO		
FOLIXATE ORAL TABLET	3	
foltabs 800 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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ERITROPOYETINA					
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	3	PA; QL; SP	GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	3	PA; QL; SP	NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL	NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	3	PA; SP
PROCRIIT INJECTION SOLUTION	3	PA; QL; SP	NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; SP
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	NIVESTYM INJECTION SOLUTION	3	PA; SP
FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS Y MACRÓFAGOS (GM-CSF)			NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; SP
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF)			RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
FYLNTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; SP	UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; SP
			UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
			ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	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
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL
HIERRO			TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
ACCRUFER ORAL CAPSULE	3		AGENTES HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
FERAHHEME INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP	ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL	3	
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP	AVITENE EXTERNAL PAD	3	
ferumoxytol intravenous solution	3	PA; QL; SP	AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER	3	
INFED INJECTION SOLUTION	3	PA; SP	ENDO AVITENE EXTERNAL	3	
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/2ML	3	SP	GELFILM EXTERNAL FILM	3	
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	3	PA; QL; SP	GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE	3	
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP	GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL	3	
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	1 or 1b*	PA; QL; SP	GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL	3	
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP	GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER	3	
AGENTES HEMOSTÁTICOS			GELFOAM SPONGE EXTERNAL	3	
AGENTES HEMOSTÁTICOS SISTÉMICOS			GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL	3	
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*		GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL	3	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL	GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL	3	
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*		INSTAT EXTERNAL PAD	3	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL	INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD	3	
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	3		INTERCEED EXTERNAL PAD	3	
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	1 or 1b*		RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
			RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL 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
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL	3	
COMBINACIONES HEMOSTÁTICAS TÓPICAS		
ARTISS EXTERNAL KIT	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION	3	
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS		
ANESTÉSICOS NASALES		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
ANTICOLINÉRGICOS NASALES		
ipratropium bromide nasal solution	1 or 1b*	QL
ANTIHISTAMÍNICOS ESTEROIDES		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL
DYMISTA NASAL SUSPENSION	3	QL
RYALTRIS NASAL SUSPENSION	3	QL
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
OMNARIS NASAL SUSPENSION	3	ST; QL
PROPEL MINI NASAL IMPLANT	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT	3	
PROPEL NASAL IMPLANT	3	
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL 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
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION	3	PA; QL
ZETONNA NASAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL
AGENTES NEUROMUSCULARES		
*ALS AGENT COMBINATIONS***		
RELYVRIO ORAL PACKET	3	PA; LD; QL; SP
*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS***		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
*RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE- PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS***		
DAYBUE ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS***		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES - NEUROTOXINAS		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA LA DISTROFIA MUSCULAR		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) - MISCELÁNEOS		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION	3	PA; LD; QL; SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION	3	PA; LD; QL; SP
BENZOTIAZOLES		
EXSERVAN ORAL FILM	3	LD; QL
RILUTEK ORAL TABLET	3	QL; SP
riluzole oral tablet	1 or 1b*	QL; SP
RELAJANTES MUSCULARES DESPOLARIZANTES		
ANECTINE INJECTION SOLUTION	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
RELAJANTES MUSCULARES NO DESPOLARIZANTES		
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*	

* 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
rocuronium bromide intravenous solution	1 or 1b*		bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
AGENTES OFTÁLMICOS					
*CHOLINERGIC AGONISTS***					
TYRVAYA NASAL SOLUTION	3	PA; QL	diclofenac sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS***					
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP	flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS***					
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD	ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS***					
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; SP	ketorolac tromethamine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE**					
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL	NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS**					
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL	PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES OFTÁLMICOS			AGENTES DE TERAPIA FOTODINÁMICA OFTÁLMICA		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; QL; SP
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS OFTÁLMICOS		
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
			apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
			brimonidine tartrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
			IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS					
			AKTEN OPHTHALMIC GEL	3	
			ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
			IHEEZO OPHTHALMIC GEL	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
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
ANTAGONISTA DEL ANTÍGENO 1 ASOCIADO CON LA FUNCIÓN LINFOCITA (LFA-1)		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION	2	PA; QL
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF)		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
bevacizumab intravitreal solution prefilled syringe 1.25 mg/0.05ml	3	
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION	3	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION	3	LD; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS		
ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
bepotastine besilate ophthalmic solution	3	ST; QL
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	ST; QL
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
erythromycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL
gatifloxacina ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
levofloxacin ophthalmic solution 1.5 %	1 or 1b*	QL
MITOSOL OPHTHALMIC KIT	3	
moxifloxacina hcl (2x day) 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
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ZYMAXID OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
ANTISÉPTICOS OFTÁLMICOS		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION	3	
ANTIVIRALES OFTÁLMICOS		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL	3	QL
BETABLOQUEADORES - COMBINACIONES OFTÁLMICAS		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION 2-0.5 %	3	QL
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	1 or 1b*	QL
BETABLOQUEADORES - OFTÁLMICOS		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION	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
TIMOPTIC OCUDOZE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
COMBINACIÓN DE AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS E INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL
COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS OFTÁLMICAS		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	1 or 1a*	QL
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	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
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
COMBINACIONES DE ESTEROIDES OFTÁLMICOS		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	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
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT	2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COMBINACIONES DE FOTOREFORZADORES OFTÁLMICOS		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION	3	
DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS - COMBINACIONES		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION	3	
HEALON DUEL PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION 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 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
ESTEROIDES OFTÁLMICOS			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	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION	3		XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION	3	PA; LD
			YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT	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
FACTORES DE CRECIMIENTO NERVIOSO OFTÁLMICO		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; LD; QL
INHIBIDORES DE CINASA OFTÁLMICOS - COMBINACIONES		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA OFTÁLMICOS		
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
brinzolamide ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL
dorzolamide hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES OFTÁLMICOS DE LA RHO-CINASA		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
INMUNOMODULADORES OFTÁLMICOS		
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
cyclosporine ophthalmic emulsion	1 or 1b*	PA; QL
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	2	PA; QL
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION	2	PA; QL
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION	3	PA; QL
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 %	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL
cyclopentolate hcl ophthalmic solution 1 %	1 or 1b*	QL
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION	3	
phenylephrine hcl ophthalmic solution 10 %, 2.5 %	1 or 1b*	
tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
MIÓTICOS - ACTUACIÓN DIRECTA		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION	3	
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	1 or 1b*	
VURITY OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
MIÓTICOS - INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED	3	
OFTÁLMICOS - AGENTES DE CISTINOSIS		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; LD; QL
OFTÁLMICOS VARIOS - OTROS		
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRODUCTOS OFTÁLMICOS DE DIAGNÓSTICO					
ak-fluor intravenous solution 10 %	1 or 1b*		XELPROS OPHTHALMIC EMULSION	3	QL
ak-fluor intravenous solution 25 %	3		ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %	3	QL
altafluor benox ophthalmic solution	1 or 1b*		SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN OFTÁLMICA		
fluorescein intravenous solution	1 or 1b*		BSS INTRAOCULAR SOLUTION	3	
FLUORESCIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION	3		BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION	3	
fluorescein-benoxinate ophthalmic solution	1 or 1b*		SULFONAMIDAS OFTÁLMICAS		
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION	3		sulfacetamide sodium ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION	3		sulfacetamide sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS					
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*		SUPLEMENTOS DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT	3	PA; LD; QL; SP	LACRISERT OPHTHALMIC INSERT	3	PA; QL
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	AGENTES ÓTICOS		
latanoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	AGENTES ÓTICOS VARIOS		
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	2	QL	acetic acid otic solution	1 or 1b*	
tafluprost (pf) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS		
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	CETRAXAL OTIC SOLUTION	3	QL
travoprost (bak free) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	ciprofloxacin hcl otic solution	1 or 1b*	QL
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	ofloxacin otic solution	1 or 1b*	QL
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL	COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS ESTEROIDES ÓTICAS		
			CIPRO HC OTIC SUSPENSION	3	QL
			ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension	1 or 1b*	QL
			ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution	1 or 1b*	QL
			CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION	3	
			neomycin-polymyxin-hc otic 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
neomycin-polymyxin-hc otic suspension	1 or 1b*	QL
OTOVEL OTIC SOLUTION	3	QL
COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS ÓTICOS		
PRAMOTIC OTIC LIQUID	3	
ESTEROIDES ÓTICOS		
DERMOTIC OTIC OIL	3	
flac otic oil	1 or 1b*	
fluocinolone acetonide otic oil	1 or 1b*	
hydrocortisone-acetic acid otic solution	1 or 1b*	QL
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES		
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA		
clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL
nystatin mouth/throat suspension	1 or 1b*	QL
ORAVIG Buccal TABLET	3	
ANESTÉSICOS TÓPICOS ORALES		
lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
ANTISÉPTICOS - BOCA/GARGANTA		
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION	3	QL
periogard mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA/DENTAL		
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
ESTIMULANTES DE SALIVA		
cevimeline hcl oral capsule	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE	3	
pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
SALAGEN ORAL TABLET	3	QL
PRODUCTOS DENTALES - COMBINACIONES		
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE	3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL GEL	3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL GEL	3	
PRODUCTOS DENTALES CON FLUORURO		
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
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE	3	QL
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL	3	QL
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE	3	QL
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM	3	QL
PREVIDENT DENTAL GEL	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
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION	3		cyclobenzaprine hcl er oral capsule extended release 24 hour	3	ST; QL
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL	cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
sf dental gel	1 or 1a*	QL	cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	3	ST; QL
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL	fexmid oral tablet	3	ST; QL
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL	FLEQSUVY ORAL SUSPENSION	3	QL
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL	lorzone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL	LYVISPANH ORAL PACKET	3	QL
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR			metaxalone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
*RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS***			methocarbamol injection solution 1000 mg/10ml	1 or 1b*	
SOHONOS ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP	methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	QL
COMBINACIONES DE RELAJANTES MUSCULARES			orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL
norgesic oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET 25-385-30 MG	1 or 1b*	ST; QL	OZOBAX DS ORAL SOLUTION	3	QL
orphengesic forte oral tablet 50-770-60 mg	1 or 1b*	ST; QL	SOMA ORAL TABLET	3	ST; QL
RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES			tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg	3	ST; QL
AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL	tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL
baclofen oral solution	3	QL	tizanidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
baclofen oral suspension	3	QL	ZANAFLEX ORAL CAPSULE	3	ST; QL
baclofen oral tablet	1 or 1b*	QL	ZANAFLEX ORAL TABLET	3	ST; QL
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL	RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS		
chlorzoxazone oral tablet 250 mg	3	ST; QL	DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL	DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG	3	
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL	dantrolene sodium 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
dantrolene sodium oral capsule	1 or 1b*	
revento intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
VISCOSUPLEMENTOS		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE	3	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE	3	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION	3	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA LA GOTA		
AGENTES PARA LA GOTA		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1 or 1a*	QL
allopurinol oral tablet 200 mg	3	PA; QL
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
colchicine oral capsule	3	ST; QL
colchicine oral tablet	2	QL
febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
MITIGARE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
ULORIC ORAL TABLET	3	ST; QL
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA GOTA		
colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
URICOSÚRICO		
probenecid oral tablet	1 or 1b*	
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS		
*ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS***		
XYWAV ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS***		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS***					
LYBALVI ORAL TABLET	3	ST; QL	pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg		1 or 1b* PA; DO
AGENTE PARA LA FIBROMALGIA - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRSN)			pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg		1 or 1b* PA; QL
SAVELLA ORAL TABLET	2	QL	AGENTES INHIBIDORES DE OLIGONUCLEÓTIDO ANTISENTIDO (ASO)		
SAVELLA TITRATION PACK ORAL	2	QL	TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL
AGENTES ANTICATAPLÉTICOS			AGENTES MS - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA		
LUMRYZ ORAL PACKET	3	PA; LD; QL; SP	AUBAGIO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
sodium oxybate oral solution	3	PA; LD; QL	teriflunomide oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
XYREM ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL	AGENTES PARA EL SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS (RLS)		
AGENTES DE ARN PEQUEÑO DE INTERFERENCIA (SIRNA)			HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	PA; QL
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP	AGENTES PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM) - ISRS		
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
AGENTES DE NEURALGIA POSTHERPÉTICA (PHN)/DOLOR NEUROPÁTICO			fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL
GRALISE ORAL TABLET 300 MG, 450 MG, 750 MG	2	PA; DO	AGENTES PARA LA ABSTINENCIA DE ESTUPEFACIENTES		
GRALISE ORAL TABLET 600 MG, 900 MG	2	PA; QL	LUCEMYRA ORAL TABLET	3	QL
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG	3	PA; DO	AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ACTIVADORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN NRF2		
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG	3	PA; QL	BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL; SP
			dimethyl fumarate oral capsule delayed release	1 or 1b*	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
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; QL; SP	MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL; SP	MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; QL; SP	AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - BLOQUEADORES DE CANALES DE POTASIO		
VUMERTY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	PA; LD; QL; SP	AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTICUERPOS MONOCLONALES			dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - INTERFERONES		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP	AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP	BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; QL; SP	EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTIMETABOLITOS			PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP	PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (7 TABS) 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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
REBIF REBIDOSE 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 REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP	memantine hcl oral solution 2 mg/ml	1 or 1b*	QL
REBIF 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
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	memantine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE			NAMENDA ORAL TABLET 10 MG	3	QL
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	NAMENDA ORAL TABLET 5 MG	3	DO
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL; SP	NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET	3	QL
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL; SP	NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14 MG	3	DO
AGENTES PARA SÍNTOMAS VASOMOTORES - ISRS			NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 21 MG, 28 MG	3	QL
paroxetine mesylate oral capsule	1 or 1b*		BENZODIACEPINAS Y ISRS		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*		olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	QL
ergoloid mesylates oral tablet	1 or 1b*	QL	olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO
pimozide oral tablet	1 or 1b*	QL	SYMBYAX ORAL CAPSULE 3-25 MG, 6-25 MG	3	DO
AGONISTA DE RECEPTOR DE SEROTONINA 1A/ANTAGONISTA DE RECEPTOR DE SEROTONINA 2A			BENZODIAZEPINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS		
ADDYI ORAL TABLET	3	PA; QL	chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA			COLINOMIMÉTICOS - INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA (ACHE)		
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg	1 or 1b*	DO	ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
			ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG	3	QL
			ARICEPT ORAL TABLET 5 MG	3	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
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
EXELO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	ST; QL
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	1 or 1b*	QL
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	1 or 1b*	DO
galantamine hydrobromide oral solution	1 or 1b*	QL
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	1 or 1b*	QL
rivastigmine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	QL
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIDEMENCIA		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	2	QL
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	QL
COMBINACIONES DE AGENTES DE LABILIDAD EMOCIONAL		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE	3	PA; QL
FARMACOTERAPIA PARA TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	3	PA; QL; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	3	PA; LD; QL; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
tetrabenazine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
XENAZINE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
FENOTIAZINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS		
perphenazine-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
MODULADORES DEL RECEPTOR DE ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P)		
fingolimod hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP
GILENYA ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP
MAYZENT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
PONVORY ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
TASCENO 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

* 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
PRODUCTOS PARA DEJAR DE BEBER ALCOHOL		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	
PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR		
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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	2	\$0
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE	2	\$0
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM	2	\$0
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE	2	\$0
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM	2	\$0
nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2	\$0
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0

* 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
NICOTROL INHALATION INHALER	3	PA; \$0; QL
NICOTROL NS NASAL SOLUTION	3	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
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS		
*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS***		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTE PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA - COMBINACIONES		
ORKAMBI ORAL PACKET	3	PA; LD; QL
ORKAMBI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE LA CINASA		
OFEV ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR		
ESBRIET ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
ESBRIET ORAL TABLET	3	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
ENZIMAS HIDROLÍTICAS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	3	LD; QL; SP
INHIBIDORES DE LA ALFA-PROTEINASA (HUMANOS)		
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

* 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
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	3	PA; LD	LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	3	PA; LD; SP	LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4000 MG, 5000 MG	3	PA; SP	levothyroxine sodium oral capsule	1 or 1b*	
POTENCIADORES DE CFTR			levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	PA; LD; QL	levoxyl oral tablet	1 or 1a*	
KALYDECO ORAL PACKET 5.8 MG	3	PA; QL	liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
KALYDECO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
AGENTES TIROIDEOS			niva thyroid oral tablet	3	
*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTIC ALS***			np thyroid oral tablet	1 or 1a*	
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3		SYNTHROID ORAL TABLET	3	
AGENTES ANTITIROIDEOS			THYQUIDITY ORAL SOLUTION	3	
methimazole oral tablet	1 or 1a*		thyroid oral tablet 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	3	
propylthiouracil oral tablet	1 or 1b*		TIROSINT ORAL CAPSULE	3	
HORMONAS TIROIDEOS			TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION	3	
ADTHYZA ORAL TABLET	3		unithroid oral tablet	1 or 1a*	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET	3		AMEBICIDAS		
CYTOMEL ORAL TABLET	3		AMEBICIDAS		
ERMEZA ORAL SOLUTION	3		SOLOSEC ORAL PACKET	3	PA; QL
euthyrox oral tablet	1 or 1b*		AMINOGLUCÓSIDOS		
levo-t oral tablet	1 or 1b*		AMINOGLUCÓSIDOS		
			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

* 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
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*		diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL
gentamicin sulfate injection solution	1 or 1b*		diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
HUMATIN ORAL CAPSULE	3		diclofenac sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	LD; QL; SP	EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*		ec-naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*		etodolac er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	LD; QL; SP	etodolac oral capsule	1 or 1b*	QL
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE	3	LD; QL; SP	etodolac oral tablet	1 or 1b*	QL
tobramycin inhalation nebulization solution	1 or 1b*	LD; QL; SP	FELDENE ORAL CAPSULE	3	QL
tobramycin sulfate injection solution	1 or 1b*	QL	FENOPROFEN CALCIUM ORAL CAPSULE 200 MG	3	ST; QL
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL	fenoprofen calcium oral capsule 400 mg	3	ST; QL
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION	3		fenoprofen calcium oral tablet	3	ST; QL
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS			flurbiprofen oral tablet	1 or 1b*	QL
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE)			ibu oral tablet	1 or 1a*	QL
ANAPROX DS ORAL TABLET	3	QL	ibuprofen lysine intravenous solution	1 or 1b*	
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/200ML, 800 MG/8ML	3		ibuprofen oral suspension	1 or 1a*	QL
COXANTO ORAL CAPSULE	3	QL	ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1 or 1a*	QL
DAYPRO ORAL TABLET	3	QL	INDOCIN ORAL SUSPENSION	3	ST; QL
diclofenac potassium oral capsule	3	ST; QL	INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY	3	ST; QL
diclofenac potassium oral tablet 25 mg	3	ST; QL	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

* 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
ketoprofen oral capsule 25 mg, 50 mg	3	ST; QL
ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml	1 or 1b*	QL
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine oral tablet	1 or 1a*	QL
LODINE ORAL TABLET	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
NALFON ORAL CAPSULE 400 MG	3	ST; QL
NALFON ORAL TABLET	3	ST; QL
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 375 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST; QL
NAPROSYN ORAL SUSPENSION	3	QL
NAPROSYN ORAL TABLET 500 MG	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
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
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
oxaprozin oral capsule	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL
RELAFEN DS ORAL TABLET	3	ST; QL
SPRIX NASAL SOLUTION	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
ZIPSOR ORAL CAPSULE	3	ST; QL
AGENTES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL SOLUBLE		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	PA; QL; SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	3	PA; QL; SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUCINA-1 (IL-1RA)		
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL
ANTIMETABOLITOS ANTIRREUMÁTICOS		
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	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
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	3	PA; QL; SP	adalimumab-adbm subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; QL; SP
ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK)			adalimumab-fkjp subcutaneous auto-injector kit	3	PA; QL; SP
OLUMIANT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	adalimumab-fkjp subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; QL; SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; QL; SP	AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	3	PA; QL; SP
XELJANZ ORAL SOLUTION	3	PA; QL; SP	AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
XELJANZ ORAL TABLET	3	PA; QL; SP	AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; QL; SP	CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
ANTITNF ALFA - ANTICUERPOS MONOCLONALES			CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
ABRILADA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	CYLTEZO- PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR	3	PA; QL; SP
ABRILADA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution auto- injector	3	PA; QL; SP	HULIO SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL; SP	HULIO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
adalimumab-adbm subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	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
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	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/0.8ML	3	SP	HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER 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-PED>/=40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	3	SP	HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP	SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP	SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP	YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
			YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-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
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	3	PA; QL; SP
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT	3	PA; QL; SP
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR	3	PA; QL; SP
BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1 BETA		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
DUEXIS ORAL TABLET	3	ST; QL
ibuprofen-famotidine oral tablet	3	ST; QL
naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release	3	ST; QL
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL
COMPUESTOS DE ORO		
RIDAURA ORAL CAPSULE	2	QL
INHIBIDORES DE LA CICLOOXYGENASA 2 (COX-2)		
CELEBREX ORAL CAPSULE	3	ST; QL
celecoxib oral capsule	1 or 1b*	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4)		
OTEZLA ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP
INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA		
ARAVA ORAL TABLET	3	QL
leflunomide oral tablet	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-6		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
MODULADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL; SP
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	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
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS		
ANALGÉSICOS - OTROS		
acetaminophen intravenous solution 10 mg/ml	1 or 1b*	
ANALGÉSICOS - SEDATIVOS		
ALLZITAL ORAL TABLET	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
esgic oral capsule	3	QL
ESGIC ORAL TABLET	3	QL
FIORICET ORAL CAPSULE	3	QL
tencon oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL
SALICILATOS		
adult aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
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

* 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
goodsense aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
h-e-b aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
kl's aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
kp aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
mm aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
qc aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
sb low dose asa ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
sm aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANALGÉSICOS - OPIOIDES		
AGONISTAS OPIÁCEOS PARCIALES		
BELBUCA BUCCAL FILM	3	PA; QL
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	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
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	PA; QL
nalbuphine hcl injection solution	1 or 1b*	QL
pentazocine-naloxone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	LD; QL
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM	3	QL
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	QL
AGONISTAS OPIÁCEOS		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG, 60 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
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
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	3	PA; QL	methadone hcl oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL
hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour	3	PA; QL	methadone hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrant	1 or 1b*	PA; QL	methadone hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL	methadone hcl oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL
			METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	3	PA; QL
			methadose oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL
			METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE	3	PA; QL
			mitigo injection 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
morphine sulfate (concentrate) oral solution 10 mg/0.5ml, 100 mg/5ml, 20 mg/ml	1 or 1b*	QL	oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrant 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	3	PA; QL
morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1 or 1b*		oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3		oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	1 or 1b*	QL
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	3		oxycodone hcl oral solution	1 or 1b*	QL
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL	oxycodone hcl oral tablet	1 or 1b*	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	OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT	3	PA; QL
morphine sulfate er oral tablet extended release	1 or 1b*	PA; QL	oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3		oxymorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
morphine sulfate injection solution 50 mg/ml	3		QDOLO ORAL SOLUTION	3	QL
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*		remifentanil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	QL	ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	3	QL
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL	ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT	3	QL
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	PA; QL	SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	PA; QL	tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; QL
NUCYNTA ORAL TABLET	3	QL	tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION	3		tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
OXAYDO ORAL TABLET	3	QL	TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	QL
			tramadol hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
			ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
			XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COMBINACIONES DE CODEÍNA					
acetaminophen-codeine oral solution	1 or 1a*	QL	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL
acetaminophen-codeine oral tablet	1 or 1a*	QL	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 10-300 MG, 2.5-300 MG, 5-300 MG, 7.5-300 MG	3	QL
ascomp-codeine oral capsule	1 or 1b*	QL	oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL
butilbital-apap-caff-cod oral capsule	1 or 1b*	QL	PERCO CET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	3	QL
butilbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	QL	PROLATE ORAL SOLUTION	3	QL
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE 50-300-40-30 MG	3	QL	PROLATE ORAL TABLET	3	QL
COMBINACIONES DE DIHIDROCODEÍNA					
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL	COMBINACIONES DE TRAMADOL		
trezix oral capsule 320.5-30-16 mg	1 or 1b*	QL	SEGLENTIS ORAL TABLET	3	QL
COMBINACIONES DE HIDROCODONA			tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL
hydrocodone-acetaminophen oral solution 2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml	1 or 1b*	QL	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS		
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	ANDRÓGENOS		
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg	1 or 1b*	QL	ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	PA; QL
COMBINACIONES DE OPIÁCEOS			ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/ACT (1.62%)	3	PA; QL
APADAZ ORAL TABLET	3	QL	AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; LD; SP
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL	danazol oral capsule	1 or 1b*	QL
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL	DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION	1 or 1b*	PA
NALOCET ORAL TABLET	3	QL	FORTESTA TRANSDERMAL GEL	3	PA; QL
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-300 MG/5ML	3	QL	JATENZO ORAL CAPSULE	3	PA; QL
			KYZATREX ORAL CAPSULE	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
METHITEST ORAL TABLET	3	PA	ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
methyltestosterone oral capsule	3	PA	ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
NATESTO NASAL GEL	3	PA; QL	DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION 100 MG/10ML, 1000 MG/100ML, 200 MG/20ML, 500 MG/50ML	3	
TESTIM TRANSDERMAL GEL	3	PA; QL	etomidate intravenous solution	1 or 1b*	
TESTOPEL IMPLANT PELLET	3	PA; LD	fresenius propoven intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	1 or 1b*	PA	KETALAR INJECTION SOLUTION	3	
testosterone enanthate intramuscular solution	1 or 1b*	PA	ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
testosterone transdermal gel 1.62 %, 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (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	propofol intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
testosterone transdermal solution	1 or 1b*	PA; QL	propofol-lipuro intravenous emulsion	1 or 1b*	
TLANDO ORAL CAPSULE	3	PA; QL	ANESTÉSICOS VOLÁTILES		
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL	3	PA; QL	desflurane inhalation solution	1 or 1b*	
VOGELXO TRANSDERMAL GEL 50 MG/5GM (1%)	3	PA; QL	FORANE INHALATION SOLUTION	3	
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA	isoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
ANESTÉSICOS GENERALES			sevoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
ANESTÉSICOS BARBITÚRICOS			SUPRANE INHALATION SOLUTION	3	
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3		terrell inhalation solution	1 or 1b*	
ANESTÉSICOS VARIOS			ULTANE INHALATION SOLUTION	3	
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION	3		ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES		
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3		ANESTÉSICOS LOCALES - AMIDAS		
			BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
			bupivacaine hcl (pf) injection 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
lidocaine 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 injection solution 0.5 %	1 or 1b*		bupivacaine-epinephrine injection solution 0.25% - 1:200000, 0.5% -1:200000	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION	3		lidocaine-epinephrine injection solution 0.5 % - 1:200000, 1.5 % -1:200000, 2 %-1:100000, 2 %-1:50000	1 or 1b*	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION	3		MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.25% - 1:200000, 0.25-1:200000 %, 0.5% -1:200000	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT	3		MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION	3		ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE	3	
polocaine injection solution	1 or 1b*		sensorcaine/epinephrine injection solution	1 or 1b*	
polocaine-mpf injection solution	1 or 1b*		sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% - 1:200000	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION	3		sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% - 1:200000	3	
ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml	1 or 1b*		SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 %	3	
sensorcaine injection solution	1 or 1b*		XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	3	
sensorcaine-mpf injection solution	1 or 1b*		XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	3	
XARACOLL IMPLANT IMPLANT	3		COMBINACIONES DE ANESTÉSICOS LOCALES		
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION	3		POINT OF CARE LM-2.5 INJECTION KIT	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 %	3		ANTIARRÍTMICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES - ÉSTERES			ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-A		
chloroprocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*		disopyramide phosphate oral capsule	1 or 1b*	
NESACAINA INJECTION SOLUTION	3		NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	2	
NESACAINA-MPF INJECTION SOLUTION	3				
ANESTÉSICOS LOCALES Y SUSTANCIAS SIMPATICOMIMÉTICAS					
articadent dental injection solution cartridge 4 % - 1:100000	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
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*	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-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*	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-C		
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*	
RYTHMOL SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE III		
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
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
TIKOSYN ORAL CAPSULE	3	
ANTIARRÍTMICOS VARIOS		
adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml	1 or 1b*	
ANTICOAGULANTES		
AGENTES TIPO HEPARINA SINTÉTICOS		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL
ANTICOAGULANTES DERIVADOS DE LA CUMARINA		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
HEPARINA Y AGENTES TIPO HEPARINA		
bd heparin posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%	1 or 1b*	
HEPARIN (PORCINE) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution	1 or 1b*	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%	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 sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%	1 or 1b*		ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/2.5ML, 50 MG/50ML	1 or 1b*	
heparin sod (pork) lock flush intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml	1 or 1b*		dabigatran etexilate mesylate oral capsule	3	QL
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	1 or 1b*		PRADAXA ORAL CAPSULE	3	QL
HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		PRADAXA ORAL PACKET	3	QL
heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml	1 or 1b*		INHIBIDORES DE LA TROMBINA - TIPO HIRUDINA		
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML	3		ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR			bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	1 or 1b*	QL	bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL	INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	3	QL	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	2	QL
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL	ELIQUIS ORAL TABLET	2	QL
LOVENOX INJECTION SOLUTION	3	QL	SAVAYSA ORAL TABLET	3	QL
LOVENOX INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL	XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	2	QL
INHIBIDORES DE LA TROMBINA - SELECTIVO DIRECTO Y REVERSIBLE			XARELTO ORAL TABLET	2	QL
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 50-0.9 MG/50ML-%	3		XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	2	QL
ANTICONCEPTIVOS			ANTICONCEPTIVOS BIFÁSICOSORALES		
			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

* 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
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
ANTICONCEPTIVOS CONTINUOS ORALES		
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
ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO ORALES		
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
rivelsa oral tablet	1 or 1b*	\$0
setlakin oral tablet	1 or 1b*	\$0
simpesse oral tablet	1 or 1b*	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA		
aftera oral tablet	1 or 1b*	\$0
afterpill oral tablet	1 or 1b*	\$0
CURAE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
ANTICONCEPTIVOS DE FASE CUATRO ORALES		
NATAZIA ORAL TABLET	3	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU		
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
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	LD; \$0; SP
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	LD; \$0; SP
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML	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
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
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES		
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
SLYND ORAL TABLET	3	\$0
ANTICONCEPTIVOS TRIFÁSICOS ORALES		
alyacen 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*	\$0
aranelle oral tablet	1 or 1a*	\$0
dasetta 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*	\$0
empresse-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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS ORALES		
afirmelle oral tablet	1 or 1a*	\$0
altavera oral tablet	1 or 1a*	\$0
alyacen 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0
apri oral tablet	1 or 1a*	\$0
aubra eq oral tablet	1 or 1a*	\$0
aurovela 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
aurovela 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
aurovela 24 fe oral tablet	1 or 1a*	\$0
aurovela fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
aurovela fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
aviane oral tablet	1 or 1a*	\$0
ayuna oral tablet	1 or 1a*	\$0
BALCOLTRA ORAL TABLET	3	\$0
balziva oral tablet	1 or 1a*	\$0
BEYAZ ORAL TABLET	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

* 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
dasetta 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0
delyla oral tablet	1 or 1a*	\$0
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet	1 or 1b*	\$0
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*	\$0
elinest oral tablet	1 or 1a*	\$0
enskyce oral tablet 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
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE	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
JOYEAUX ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
juleber oral tablet	1 or 1a*	\$0
junel 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
junel 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
junel fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
junel fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
junel fe 24 oral tablet	1 or 1a*	\$0
kaitlib fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
kalliga oral tablet	1 or 1a*	\$0
kelnor 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0
kelnor 1/50 oral tablet	1 or 1a*	\$0
kurvelo oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin 24 fe oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
larin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
layolis fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
lessina oral tablet	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1a*	\$0
microgestin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*	\$0
microgestin 1/20 oral tablet	1 or 1a*	\$0
microgestin 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
MINASTRIN 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE	3	\$0
mono-linyah oral tablet	1 or 1a*	\$0
necon 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0
NEXTSTELLIS ORAL TABLET	3	\$0
nikki oral tablet	1 or 1b*	\$0
norethin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*	\$0
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*	\$0
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0

* 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	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*	\$0	TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	\$0	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0	xulane transdermal patch weekly	1 or 1b*	\$0	
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*	\$0	zafemy transdermal patch weekly	1 or 1b*	\$0	
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0	COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS VAGINALES			
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0	ANNOVERA VAGINAL RING	3	\$0	
nymyo oral tablet	1 or 1a*	\$0	eluryng vaginal ring	1 or 1b*	\$0	
ocella oral tablet	1 or 1b*	\$0	ENILLORING VAGINAL RING	1 or 1b*	\$0	
philith oral tablet	1 or 1a*	\$0	etongestrel-ethinyl estradiol vaginal ring	1 or 1b*	\$0	
portia-28 oral tablet	1 or 1a*	\$0	HALOETTE VAGINAL RING	1 or 1b*	\$0	
reclipsen oral tablet	1 or 1a*	\$0	NUVARING VAGINAL RING	3	\$0	
SAFYRAL ORAL TABLET	3	\$0	ANTICONVULSIVOS			
sprintec 28 oral tablet	1 or 1a*	\$0	ÁCIDO VALPROICO			
sronyx oral tablet	1 or 1a*	\$0	DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL	
syeda oral tablet	1 or 1b*	\$0	DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	QL	
tarina 24 fe oral tablet	1 or 1a*	\$0	DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE	3	QL	
tarina fe 1/20 eq oral tablet	1 or 1a*	\$0	divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL	
taysofy oral capsule	1 or 1b*	\$0	divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle	1 or 1b*	QL	
TAYTULLA ORAL CAPSULE	3	\$0	divalproex sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL	
TURQOZ ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0	valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	1 or 1b*		
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE	3	\$0	valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL	
tydemy oral tablet	1 or 1b*	\$0	valproic acid oral solution	1 or 1b*		
vestura oral tablet	1 or 1b*	\$0				
vienna oral tablet	1 or 1a*	\$0				
vyfemla oral tablet	1 or 1a*	\$0				
vylibra oral tablet	1 or 1a*	\$0				
wera oral tablet	1 or 1a*	\$0				
wymzya fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0				
YASMIN 28 ORAL TABLET	3	\$0				
YAZ ORAL TABLET	3	\$0				
zovia 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*	\$0				
zumandimine oral tablet	1 or 1b*	\$0				
COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS						
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE GLUTAMATO AMPA		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	3	QL
FYCOMPA ORAL TABLET	3	QL
ANTICONVULSIVOS - BENZODIAZEPINAS		
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
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG	3	QL
diazepam rectal gel	1 or 1b*	QL
KLONOPIN ORAL TABLET	3	QL
NAYZILAM NASAL SOLUTION	3	PA; QL
ONFI ORAL SUSPENSION	3	QL
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL
SYMPAZAN ORAL FILM	3	QL
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID	3	PA; QL
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK	3	PA; QL
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK	3	PA; QL
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID	3	PA; QL
ANTICONVULSIVOS VARIOS		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	3	QL
BANZEL ORAL SUSPENSION	3	QL
BANZEL ORAL TABLET 200 MG	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION	3	QL
BRIVIACT ORAL TABLET	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
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	QL
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	3	PA; LD; QL
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	3	PA; LD; QL
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION	3	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL
EPRONTIA ORAL SOLUTION	3	QL
FINTEPLA ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL
gabapentin oral capsule	1 or 1b*	DO
gabapentin oral solution	1 or 1b*	QL
gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg	1 or 1b*	QL
KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION	3	
KEPPRA ORAL SOLUTION	3	QL
KEPPRA ORAL TABLET 1000 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 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KEPPRA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	DO	lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL	lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL
lacosamide intravenous solution	1 or 1b*		lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL
lacosamide oral solution	1 or 1b*	QL	lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL
lacosamide oral tablet	1 or 1b*	QL	levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
LAMICTAL ODT ORAL KIT	3	QL	LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML, 1500 MG/100ML, 500 MG/100ML	3	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG, 200 MG, 25 MG	3	QL	levetiracetam in nacl intravenous solution 250 mg/50ml	3	
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG	3	DO	levetiracetam intravenous solution	1 or 1b*	
LAMICTAL ORAL TABLET	3	DO	levetiracetam oral solution	1 or 1b*	QL
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG, 5 MG	3	QL	levetiracetam oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL
LAMICTAL STARTER ORAL KIT	3	QL	levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	DO
LAMICTAL XR ORAL KIT	3	QL	LYRICA ORAL CAPSULE	3	QL
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	DO	LYRICA ORAL SOLUTION	3	QL
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 250 MG, 300 MG	3	QL	MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO	mysoline oral tablet	3	QL
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL	NEURONTIN ORAL CAPSULE	3	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	NEURONTIN ORAL SOLUTION	3	QL
lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO	NEURONTIN ORAL TABLET	3	QL
lamotrigine oral tablet chewable	1 or 1b*	QL	oxcarbazepine oral suspension	1 or 1b*	QL
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL	oxcarbazepine oral tablet	1 or 1b*	QL
			OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG	3	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
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG	3	QL	topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
pregabalin oral capsule	1 or 1b*	QL	topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
pregabalin oral solution	1 or 1b*	QL	topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	DO
primidone oral tablet	1 or 1b*	QL	topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	3	ST; QL	topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG	3	ST; DO	topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
roweepra oral tablet 500 mg	1 or 1b*	DO	TRILEPTAL ORAL SUSPENSION	3	QL
rufinamide oral suspension	1 or 1b*	QL	TRILEPTAL ORAL TABLET	3	QL
rufinamide oral tablet 200 mg	1 or 1b*	DO	TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 50 MG	3	ST; QL
rufinamide oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL	TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG	3	ST; DO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE	3	QL	VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO	VIMPAT ORAL SOLUTION	3	QL
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL	VIMPAT ORAL TABLET	3	QL
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL	ZONEGRAN ORAL CAPSULE	3	QL
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL	ZONISADE ORAL SUSPENSION	3	QL
TEGRETOL ORAL SUSPENSION	3	QL	zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL
TEGRETOL ORAL TABLET	3	QL	ZTALMY ORAL SUSPENSION	3	LD; QL
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	QL	CARBAMATOS		
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	DO	felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL
TOPAMAX ORAL TABLET 200 MG	3	QL	felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	QL	FELBATOL ORAL TABLET	3	QL
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	3	QL
			XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	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
XCOPRI ORAL TABLET	3	QL
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
HIDANTOÍNA		
CEREBYX INJECTION SOLUTION	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION	3	
fosphenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE	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*	
MODULADORES DEL ÁCIDO ?-AMINOBUTÍRICO (GABA)		
SABRIL ORAL PACKET	3	LD; QL; SP
SABRIL ORAL TABLET	3	LD; QL; SP
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
VIGADRONE ORAL TABLET	1 or 1b*	LD; QL; SP
SUCCINIMIDAS		
CELONTIN ORAL CAPSULE	3	QL
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL
methsuximide oral capsule	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZARONTIN ORAL CAPSULE	3	QL
ZARONTIN ORAL SOLUTION	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
*ANTIDEPRESSANT - MISCELLANEOUS COMBINATIONS***		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	ST; QL
AGENTES TRICÍCLICOS		
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
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG	3	DO
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	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
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
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	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
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO	bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL	bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL	bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	3	DO	bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	3	QL	bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL	FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO	WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG	3	ST; DO
trimipramine maleate oral capsule	1 or 1b*	QL	WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 150 MG, 200 MG	3	ST; QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA 2 (TETRACÍCLICOS)			WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG	3	ST; DO
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*		WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG	3	ST; QL
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*		CÍCLICOS MODIFICADOS		
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	3		nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE	3		nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA			trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1 or 1a*	DO
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK	3	PA; LD; QL	trazodone hcl oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK	3	PA; LD; QL	TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	DO
ANTIDEPRESIVOS VARIOS			TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	2	QL
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG	3	ST; DO	VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	ST; DO
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG	3	ST; QL	VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG	3	ST; QL
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 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
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO
vilazodone hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA (IMAO)		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR	3	QL
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET	3	QL
NARDIL ORAL TABLET	3	QL
PARNATE ORAL TABLET	3	QL
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)		
CELEXA ORAL TABLET	3	ST
CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL CAPSULE	3	ST
citalopram hydrobromide oral solution	1 or 1b*	
citalopram hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral solution	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral tablet	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule delayed release	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral solution	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
fluvoxamine maleate oral tablet	1 or 1b*	
LEXAPRO ORAL TABLET	3	ST
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral suspension	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral tablet	1 or 1b*	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST
PAXIL ORAL SUSPENSION	3	ST
PAXIL ORAL TABLET	3	ST
PROZAC ORAL CAPSULE	3	ST
SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE	3	ST
sertraline hcl oral concentrate	1 or 1b*	
sertraline hcl oral tablet	1 or 1b*	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE	3	ST
ZOLOFT ORAL TABLET	3	ST
MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - COMBINACIÓN DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE	3	PA; QL
SEROTONINA - INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE NOREPINEFRINA (IRSN)		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	PA; QL
DESVENLAFAZINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL
DESVENLAFAZINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST

* 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
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	1 or 1b*	QL	*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB***		
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO	TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL	AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1)		
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL	BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL	BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	3	ST; QL	BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; QL
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	2	PA; QL
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	3	ST; DO	OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	2	PA; QL
venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL	OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL	RYBELSUS ORAL TABLET	2	PA; QL
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	3	ST; QL	TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL	VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL	AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA - DERIVADOS DE LA ERGOTAMINA		
ANTIDIABÉTICOS			CYCLOSET ORAL TABLET	3	QL
*ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES***					
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD			
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)***					
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	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
ANÁLOGOS DE MEGLITINIDAS					
nateglinide oral tablet	1 or 1b*	QL			
repaglinide oral tablet	1 or 1b*	QL			
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA					
KORLYM ORAL TABLET	3	PA; LD; QL			
ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA					
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL			
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL			
BIGUANIDAS					
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL			
metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL			
metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg, 500 mg	3	ST; QL			
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*				
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL			
metformin hcl oral solution	3	PA; QL			
metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL			
METFORMIN HCL ORAL TABLET 625 MG	3	PA; QL			
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*	\$0; QL			
RIOMET ORAL SOLUTION	3	PA; QL			
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 Y BIGUANIDA					
alogliptin-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL			
JANUMET ORAL TABLET	2	ST; QL			
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL			
JENTADUETO ORAL TABLET	3	ST; QL			
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL			
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL			
saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL			
COMBINACIONES DE INSULINA Y MIMÉTICOS DE LA INCRETINA					
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL			
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL			
COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-BIGUANIDA					
glipizide-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL			
glyburide-metformin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL			
COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-TIAZOLIDINEDIONAS					
DUETACT ORAL TABLET	3	ST; QL			
pioglitazone hcl-glimepiride 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 - COMBINACIÓN DE BIGUANIDA			INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
INVOKAMET ORAL TABLET	3	ST; QL	acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL	miglitol oral tablet	1 or 1b*	QL
SEGLUROMET ORAL TABLET	3	ST; QL	INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)		
SYNJARDY ORAL TABLET	2	ST; QL	alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL	JANUVIA ORAL TABLET	2	ST; QL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL	ONGLYZA ORAL TABLET	3	ST; QL
INHIBIDOR DE DPP-4 - COMBINACIÓN DE TIAZOLIDINEDIONAS			saxagliptin hcl oral tablet	3	ST; QL
alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg	1 or 1b*	ST; QL	TRADJENTA ORAL TABLET	3	ST; QL
INHIBIDOR DE SGLT2 - COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE DPP-4			zituvio oral tablet	3	ST; QL
GLYXAMBI ORAL TABLET	2	ST; QL	INSULINA HUMANA		
QTERN ORAL TABLET	3	ST; QL	ADMELOG INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
STEGLUJAN ORAL TABLET	3	ST; QL	ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)			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
bexagliflozin oral tablet	3	ST; QL	APIDRA INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
BRENZAVVY ORAL TABLET	3	ST; QL	APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
FARXIGA ORAL TABLET	2	ST; QL	BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
INVOKANA ORAL TABLET	3	ST; QL	BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
JARDIANCE ORAL TABLET	2	ST; QL	FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
STEGLATRO ORAL TABLET	3	ST; QL	FIASP INJECTION 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
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL
HUMALOG INJECTION SOLUTION	2	QL	HUMULIN R INJECTION SOLUTION	2	QL
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; QL
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	2	QL	HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	2	QL	INSULIN ASPART PROT & ASPART SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector	3	ST; QL
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	insulin degludec subcutaneous solution	3	ST; QL
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL
			INSULIN GLARGINE-YFGN 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
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	QL	NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LYUMJEV INJECTION SOLUTION	2	QL	NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	NOVOLIN R INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
LYUMJEV TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION	3	ST; QL
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION	3		NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL
			NOVOLOG FLEXPEN 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 INJECTION SOLUTION	3	ST; QL	BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER	3	QL
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL	GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL	GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	3	QL
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL	GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION	3	ST; QL	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL	GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL	GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	PROGLYCEM ORAL SUSPENSION	3	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	SULFONILUREAS		
OTROS AGENTES PARA LA DIABETES			glimepiride oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER	3	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
			GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
			glyburide micronized 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 oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
TIAZOLIDINEDIONAS		
ACTOS ORAL TABLET	3	ST; QL
pioglitazone hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
TIAZOLIDINEDIONAS- COMBINACIONES DE BIGUANIDA		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET 15-850 MG	3	ST; QL
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
ANTIDIARRÉICOS		
AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS		
diphenoxylate-atropine oral liquid	1 or 1b*	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	1 or 1b*	
LOMOTIL ORAL TABLET	3	
loperamide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
MOTOFEN ORAL TABLET	3	
ANTIDIARRÉICOS - ANTAGONISTAS DE CANALES DE CLORURO		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
ANTAGONISTAS DE LAS BENZODIAZEPINAS		
flumazenil intravenous solution	1 or 1b*	
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES		
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG	3	PA; LD
ANTÍDOTOS		
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS		
KLOXXADO NASAL LIQUID	2	QL
nalmefene hcl injection solution	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	1 or 1b*	QL
naloxone hcl injection solution cartridge	1 or 1b*	QL
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*	
NARCAN NASAL LIQUID	3	ST; QL
OPVEE NASAL SOLUTION	2	QL
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	2	QL
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES		
CHEMET ORAL CAPSULE	3	
deferasirox granules oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	1 or 1b*	PA; LD
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD; SP
FERRIPROX ORAL SOLUTION	3	PA; LD
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG	3	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET	3	PA; LD
JADENU ORAL TABLET	3	PA; LD; SP
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET	3	PA; LD; SP
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted 2 gm	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 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
methylene blue intravenous solution prefilled syringe	3	
ANTÍDOTOS		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 GM	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted 500 mg	1 or 1b*	SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3	SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
edetate calcium disodium injection solution	3	
fomepizole intravenous solution 1.5 gm/1.5ml	1 or 1b*	
methylene blue intravenous solution	1 or 1b*	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/ML	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET	3	PA; LD; QL
KITS DE ANTÍDOTOS		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT 300MG/10ML&12.5 GM/50ML	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
ANTIEMÉTICOS		
*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC**		
*		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT3		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG	3	QL
gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	1 or 1b*	
gransetron hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	1 or 1b*	
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
ondansetron hcl oral solution	1 or 1b*	QL
ondansetron hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ondansetron oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
PALONOSETRON 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

* 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
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH	3	QL	BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	PA; QL
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3		DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL
ANTIEMÉTICOS - AGENTE ANTICOLINÉRGICO			doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL
ANTIVERT ORAL TABLET 50 MG	3		SUSTANCIA PARA ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NK1		
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE	3		APONVIE INTRAVENOUS EMULSION	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3		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*		CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION	3	PA; QL
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	3		EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	3	PA; QL
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR	3		EMEND ORAL CAPSULE 80 MG	3	QL
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*		EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
ANTIEMÉTICOS VARIOS			EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE	3	QL
dronabinol oral capsule	1 or 1b*	QL	fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
MARINOL ORAL CAPSULE 2.5 MG	3	QL	VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
SYNDROS ORAL SOLUTION	3	QL	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
COMBINACIONES DE ANTIEMÉTICOS			AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO BETA 3		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL	GEMTESA ORAL TABLET	3	ST; QL
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL	MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	QL
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL	MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
AKYNZEO ORAL CAPSULE	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
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS		
bethanechol chloride oral tablet	1 or 1b*	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
DETROL ORAL TABLET	3	ST; QL
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL 10 %	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
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	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
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
trospium chloride oral tablet	1 or 1b*	QL
VESICARE LS ORAL SUSPENSION	3	PA; QL
VESICARE ORAL TABLET	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIHELMÍNTICOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE	3	
ivermectin oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
praziquantel oral tablet	1 or 1b*	
STROMECTOL ORAL TABLET	3	PA; QL
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS		
*ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB***		
NEXLIZET ORAL TABLET	3	PA; QL
*ANGIPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS***		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
*SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS***		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS VARIOS		
icosapent ethyl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
LOVAZA ORAL CAPSULE	3	PA; QL
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	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
VASCEPA ORAL CAPSULE	2	PA; QL	niacor oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA- INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL			INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL		
EZETIMIBE- ROSUVASTATIN ORAL TABLET	3	ST; QL	ezetimibe oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
ezetimibe-simvastatin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	ZETIA ORAL TABLET	3	ST; QL
ROSZET ORAL TABLET	3	ST; QL	INHIBIDORES DE ADENOSINA TRIFOSFATO-CITRATO LIASA (ACL)		
VYTORIN ORAL TABLET	3	ST; QL	NEXLETOL ORAL TABLET	3	PA; QL
DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO			INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA		
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1 or 1b*	QL	ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG	3	ST; DO
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL	ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG	3	ST; QL
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL	ATORVALIQ ORAL SUSPENSION	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
FENOGLIDE ORAL TABLET	3	ST; QL	CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	ST; DO
FIBRICOR ORAL TABLET	3	ST; QL	CRESTOR ORAL TABLET 40 MG	3	ST; QL
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL	EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	ST; DO
LIPOFEN ORAL CAPSULE	3	ST; QL	EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG	3	ST; QL
LOPID ORAL TABLET	3	ST; QL	FOLIPID ORAL SUSPENSION	3	ST; QL
TRICOR ORAL TABLET	3	ST; QL	fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; \$0; QL
TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL	fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*	DO; \$0
DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO					
niacin (antihyperlipidemic) oral tablet	1 or 1b*	ST; QL			
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release	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
ANTIHIPERTENSIVOS		
AGENTES PARA FEOCROMOCITOMAS		
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*	
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES D1 DE LA DOPAMINA		
CORLOPAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
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
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II- BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
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
EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG	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
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG	3	DO
TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG	3	QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO DE ALDOSTERONA (SARA)		
plerenone oral tablet	1 or 1b*	
INSPRA ORAL TABLET	3	
ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN CENTRAL		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	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
NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN PERIFÉRICA		
CARDURA ORAL TABLET	3	QL
doxazosin mesylate oral tablet	1 or 1b*	QL
MINIPRESS ORAL CAPSULE	3	
prazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	
terazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
ANTIHIPERTENSIVOS VARIOS		
VECAMYL ORAL TABLET	3	
COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
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
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG	3	QL
AZOR ORAL TABLET 5-20 MG	3	DO
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG	3	QL
EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG	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
COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS TIPO TIAZIDA			telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg, 80-25 mg	1 or 1b*	QL
ATACAND HCT ORAL TABLET	3	QL	valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	DO
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG, 300-12.5 MG	3	QL	valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg	1 or 1b*	QL
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG	3	DO	COMBINACIONES DE BETABLOQUEADORES Y DIURÉTICOS		
BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	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
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG	3	DO	metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG	3	QL	TENORETIC 100 ORAL TABLET	3	QL
EDARBYCLOR ORAL TABLET	3	QL	TENORETIC 50 ORAL TABLET	3	QL
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG	3	QL	INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (ECA) Y COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG	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	LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG	3	QL
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	1 or 1b*	DO	LOTREL ORAL CAPSULE 5-10 MG, 5-20 MG	3	DO
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG	3	DO	PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG	3	QL
MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-12.5 MG, 80-25 MG	3	QL	PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG	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
INHIBIDORES DE LA ECA Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/DIURÉTICO TIPO TIAZIDA		
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
INHIBIDORES DE LA ECA		
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
QBRELIS ORAL SOLUTION	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
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	DO
VASOTEC ORAL TABLET 20 MG	3	QL
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	3	DO
ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG	3	QL
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	DO
aliskiren fumarate oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG	3	DO
TEKTURNA ORAL TABLET 300 MG	3	QL
VASODILATADORES		
hydralazine hcl injection solution	1 or 1b*	
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.9 MG/100ML-%, 50-0.9 MG/100ML-%	3	
nitroprusside sodium intravenous solution	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sodium nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	
ANTIHISTAMÍNICOS		
ANTIHISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS		
ryclora oral solution	3	ST
ANTIHISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS		
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
CARBINOXAMINE MALEATE ORAL TABLET 6 MG	3	ST; QL
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	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
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE	3	ST; QL
RYVENT ORAL TABLET	3	ST; QL
ANTIHISTAMÍNICOS - FENOTIAZINA		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION	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
ANTIHISTAMÍNICOS - NO SEDANTES		
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	1 or 1b*	QL
CLARINEX 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
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
QUZYTTIR INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANTIHISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIMICÓTICOS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS)***		
BREXAFEMME ORAL TABLET	3	PA; QL
*TETRAZOLES***		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; QL
ANTIMICÓTICO - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DEL GLUCANO (EQUINOCANDINAS)		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
amphotericin b intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE	3	PA
flucytosine oral capsule	1 or 1b*	PA
griseofulvin microsize oral suspension	1 or 1b*	
griseofulvin microsize oral tablet	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet	1 or 1b*	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
IMIDAZOLES		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL
TRIAZOLES		
CRESEMBÁ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL
CRESEMBÁ ORAL CAPSULE	3	PA; QL
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 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
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
NOXAFILE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NOXAFILE ORAL PACKET	3	PA; QL
NOXAFILE ORAL SUSPENSION	3	PA; QL
NOXAFILE 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
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS		
*ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS***		
TRUQAP ORAL TABLET	3	PA; QL
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS***		
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
*ANTINEOPLASTIC - ALLOGENEIC CELLULAR IMMUNOTHERAPY***		
OMISRIGE INTRAVENOUS SUSPENSION	3	
*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS***		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES***		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES***		
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		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***							
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES***							
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; SP	SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX***				
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP		
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES***				
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		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***							
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES***				
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***							
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***			UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4.5 MG	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS***				
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS***							
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		
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS***							
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	TAZVERIK ORAL TABLET	3	PA; LD; QL		
erlotinib hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES***				
EXKIVITY ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP		
gefitinib oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS***				
GILOTrif ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	AYVAKIT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL		
IRESSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS***				
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	*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS***				
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		
*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS***							
OGSIVEO ORAL TABLET	3	PA; QL	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL		
*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS***							
WELIREG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	3	PA; LD; QL		
*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS***							
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		
*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS***							
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
*MYELOPROTECTIVE AGENTS***		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
*OTOPROTECTIVE AGENTS***		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS***		
ORSERDU ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX***		
TRODELVV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD
AGENTES ALQUILANTES		
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
AGENTES DE LA ENZIMA CARBOXIPEPTIDASA		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
AGENTES DE RESCATE ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO		
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
AGENTES PROTECTORES CARDÍACOS					
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
AGENTES PROTECTORES DEL TRACTO URINARIO					
ETHYOL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO		
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	ANTAGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINA (GNRH)		
AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS					
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
ANÁLOGOS DE LHRH			ORGOVYX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL	ANTIANDRÓGENOS		
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
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS		
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
ANTICUERPO ANTINEOPLÁSICO - COMPLEJOS DE FÁRMACOS		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION		
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
ANTICUERPOS ANTIADRENAL		
LYSODREN ORAL TABLET	2	LD; QL
ANTIESTRÓGENOS		
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
ANTIMETABOLITOS		
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
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP	PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 2 GM/20ML, 2 GM/52.6ML, 200 MG/2ML	1 or 1b*	SP	pralatrexate intravenous solution	1 or 1b*	SP
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/26.3ML, 1.5 GM/15ML, 200 MG/5.26ML	3	SP	PURIXAN ORAL SUSPENSION	3	PA; LD
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	TABLOID ORAL TABLET	2	
JYLAMVO ORAL SOLUTION	3	PA	TREXALL ORAL TABLET	2	ST
mercaptopurine oral tablet	1 or 1b*		VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	1 or 1b*		XATMEP ORAL SOLUTION	3	PA
methotrexate sodium injection solution 1000 mg/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	1 or 1b*		XELODA ORAL TABLET	3	PA; LD; SP
methotrexate sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*		ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES FOTOACTIVADOS		
methotrexate sodium oral tablet	1 or 1b*		PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
nelarabine intravenous solution	1 or 1b*	SP	UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
ONUREG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPO PARA TERAPIA CON RADIOFÁRMACOS		
pemetrexed disodium intravenous solution 1 gm/40ml, 850 mg/34ml	3	SP	ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas		
COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - AGENTES DE HIPERURICEMIA							
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	INHIBIDORES DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 2 (IDH2)				
COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - FACTORES DE CRECIMIENTO DE LOS QUERATINOCITOS			IDHIFA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.16 MG	3	SP	INHIBIDORES DE LA AROMATASA				
ENZIMAS ANTINEOPLÁSICAS			anastrozole oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD	ARIMIDEX ORAL TABLET	3	QL		
ONCASPAR INJECTION SOLUTION	3	PA; LD	AROMASIN ORAL TABLET	3	QL		
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; LD; SP	exemestane oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL		
ESTRÓGENOS - ANTINEOPLÁSICOS			FEMARA ORAL TABLET	3	QL		
EMCYT ORAL CAPSULE	2	PA	letrozole oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL		
IMIDAZOTETRAZINA			INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) ASOCIADOS				
TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	2	PA; SP	INREBIC ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP		
temozolomide oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP	JAKAFI ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP		
INHIBIDORES DE BIOSÍNTESIS DE ANDRÓGENOS			OJJAARA ORAL TABLET	3	PA; QL		
abiraterone acetate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	VONJO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL		
YONSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	INHIBIDORES DE LA FOSFOINOSITIDA-3-QUINASAS (PI3K)				
ZYTIGA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD		
INHIBIDORES DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 1 (IDH1)			COPIKTRA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP		
TIBSOVO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP		
INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP)			PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP		
			ZYDELIG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP		
			LYNPARZA 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
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
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE 160 MG/8ML, 20 MG/ML	1 or 1b*	PA; SP	MOSTAZAS DE NITRÓGENO		
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE 80 MG/4ML	3	PA; SP	cyclophosphamide injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML	3	PA; SP	CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML	3	SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/2ML	1 or 1b*	PA; SP	CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML	1 or 1b*	
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION 80 MG/8ML	1 or 1b*	SP	CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/2.5ML	1 or 1b*	SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	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	CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
IXEMPRA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION	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
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	SP
vinblastine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	SP	LEUKERAN ORAL TABLET	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
PROGESTINAS - ANTINEOPLÁSICOS		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*	
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*	
RADIOFÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS		
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
RETINIODES		
tretinoin oral capsule	1 or 1b*	
TETRAHIDROISOQUINOLINAS		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
ANTIPALÚDICOS		
ANTIPALÚDICOS		
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
COMBINACIONES DE ANTIPALÚDICOS		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET	3	
MALARONE ORAL TABLET	3	
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS		
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4.5 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
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA MONOAMINO OXIDASA		
AZILECT ORAL TABLET 1 MG	3	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ADENOSINA		
NOURIANZ ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	PA; LD; QL; SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 MG, 0.75 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG	3	QL
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	QL
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*	
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*	
COMBINACIONES DE LEVODOPA		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	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*	
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	QL
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG	3	
STALEVO 100 ORAL TABLET	3	
STALEVO 125 ORAL TABLET	3	
STALEVO 150 ORAL TABLET	3	
STALEVO 200 ORAL TABLET	3	
STALEVO 50 ORAL TABLET	3	
STALEVO 75 ORAL TABLET	3	
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL
bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
bromocriptine mesylate 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
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG	3	PA; QL
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 0.5 MG	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ONGENTYS ORAL CAPSULE	3	PA; QL
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
carbidopa oral tablet	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET		
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

* 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
*MISC. ANTIVIRALS***		
LAGEVRIA ORAL CAPSULE	3	QL
TEMBEXA ORAL SUSPENSION	3	
TEMBEXA ORAL TABLET	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
TPOXX ORAL CAPSULE	3	
AGENTES DEL CITOMELOVIRUS (CMV)		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	
foscarnet sodium intravenous solution 6000 mg/250ml	1 or 1b*	
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION 6000 MG/250ML	3	
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
LIVTENCITY ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
PREVYMIS ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
VALCYTE ORAL TABLET	3	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	
AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA PURINA		
acyclovir oral capsule	1 or 1b*	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIRRETRÓVIRALES - INHIBIDORES DE FUSIÓN		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	2	PA; LD; QL
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

* 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
REYATAZ ORAL PACKET	2	QL
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	QL
VIRACEPT ORAL TABLET	2	QL
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (RTI) NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS		
EDURANT ORAL TABLET	2	PA; QL
efavirenz oral tablet	1 or 1b*	QL
etravirine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	3	PA; QL
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	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
PIFELTRO ORAL TABLET	3	QL
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
VIREAD ORAL POWDER	2	QL
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	2	QL
VIREAD ORAL TABLET 300 MG	3	QL
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- PIRIMIDINAS		
emtricitabine oral capsule	1 or 1b*	\$0; QL
EMTRIVA ORAL CAPSULE	3	QL
EMTRIVA ORAL SOLUTION	2	QL
EPIVIR ORAL SOLUTION	3	QL
EPIVIR ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
lamivudine oral solution	1 or 1b*	QL
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- PURINAS		
abacavir sulfate oral solution	1 or 1b*	QL
abacavir sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
ZIAGEN ORAL SOLUTION	3	QL
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- TIMIDINAS		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION	2	
RETROVIR ORAL CAPSULE	3	QL
RETROVIR ORAL SYRUP	3	QL
zidovudine oral capsule	1 or 1b*	QL
zidovudine oral syrup	1 or 1b*	QL
zidovudine oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTIRRETROVIRALES COMPLEMENTARIOS		
TYBOST ORAL TABLET	3	QL
COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	1 or 1b*	QL
BIKTARVY ORAL TABLET	2	QL
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE	3	PA; LD; QL
CIMDUO ORAL TABLET	3	QL
COMPLERA ORAL TABLET	3	PA; QL
DELSTRIGO ORAL TABLET	3	QL
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG	2	QL
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	2	\$0; QL
DOVATO 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	1 or 1b*	QL	XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	3	QL
efavirenz-lamivudine- tenofovir oral tablet	1 or 1b*	QL	INHIBIDORES DE LA NEURAMINIDASA		
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133- 200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	QL	oseltamivir phosphate oral capsule	1 or 1b*	QL
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*	\$0; QL	oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
EPZICOM ORAL TABLET	3	QL	RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
EVOTAZ ORAL TABLET	3	QL	RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	2	QL
GENVOYA ORAL TABLET	2	QL	TAMIFLU ORAL CAPSULE	3	QL
JULUCA ORAL TABLET	3	PA; QL	TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML	3	QL
KALETRA ORAL SOLUTION	3	QL	BETABLOQUEADORES		
KALETRA ORAL TABLET	3	QL	BETABLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS		
lamivudine-zidovudine oral tablet	1 or 1b*	QL	acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
lopinavir-ritonavir oral solution	1 or 1b*	QL	atenolol oral tablet	1 or 1a*	
lopinavir-ritonavir oral tablet	1 or 1b*	QL	betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
ODEFSEY ORAL TABLET	2	QL	bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
PREZCOBIX ORAL TABLET	3	QL	BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
STRIBILD ORAL TABLET	2	QL	BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	3	
SYMFY LO ORAL TABLET	3	QL	BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SYMFY ORAL TABLET	3	QL	BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SYMTUZA ORAL TABLET	2	QL	BYSTOLIC ORAL TABLET	3	
TRIUMEQ ORAL TABLET	2	QL	esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml	1 or 1b*	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	QL			
TRUVADA ORAL TABLET	3	ST; QL			
INHIBIDORES DE ENDONUCLEASAS PA					
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 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
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
BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS			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	BLOQUEADORES DE RECEPTORES DUALES ALFA Y BETA		
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*	
DILTAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	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
KATERZIA ORAL SUSPENSION	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
NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.9 MG/200ML-%, 40-0.9 MG/200ML-%	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
NORLIQVA ORAL SOLUTION	3	PA; QL
NORVASC ORAL TABLET 10 MG	3	QL
NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	3	DO
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	3	QL
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG, 90 MG	3	QL
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG	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
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	3	DO
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	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
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG	3	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG, 360 MG	3	QL
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	DO
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CARDIOTÓNICOS		
*INOTROPES***		
dobutamine hcl intravenous solution 12.5 mg/ml, 250 mg/20ml	1 or 1b*	
DOBUTAMINE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/ML	1 or 1b*	
DOPAMINE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	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*	
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS		
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
LANOXIN INJECTION SOLUTION 0.25 MG/ML	3	
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG	3	DO
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG	3	QL
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION	2	
CEFALOSPORINAS		
*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES***		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CEFALOSPORINAS - 1.^a GENERACIÓN		
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*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	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*	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3		CEFALOSPORINAS - 3.^a GENERACIÓN		
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-4 GM-%(50ML), 2-3 GM-%(50ML)	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*	
CEFALOSPORINAS - 2.^a GENERACIÓN			cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	3	
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	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
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-4 GM-%(50ML), 2-2.2 GM-%(50ML)	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*		CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL
			ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
			CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1-3.74 GM-%(50ML), 2-2.22 GM-%(50ML)	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*	
CEFALOSPORINAS - 4.^a GENERACIÓN		
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	
CEFALOSPORINAS - 5.^a GENERACIÓN		
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
*IMMUNOMODULATOR S - COMBINATIONS***		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS***		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
*UREMIC PRURITUS AGENTS***		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA
AGENTE DEL SÍNDROME DELTA DE LA FOSFOINOSITIDA 3 QUINASA ACTIVADA		
JOENJA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sodium tetradecyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 %	1 or 1b*	
sotradecol intravenous solution 3 %	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM	3	
BLOQUEADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN DE CÉLULAS T		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA
ENZIMAS		
AMPHADASE INJECTION 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
HYLENEX INJECTION SOLUTION	3	
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
INHIBIDORES ESPECÍFICOS DEL ESTIMULADOR DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; LD; QL; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
INMUNODEPRESORES DE LA INMUNOGLOBULINA		
ATGAM INTRAVENOUS INJECTABLE	3	SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
INMUNOMODULADORES PARA LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS		
lenalidomide oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
REVLIMID ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
PROSTAGLANDINAS		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION	3	
RESINAS LIBERADORAS DE POTASIO		
LOKELMA ORAL PACKET	3	QL
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1 or 1b*	
sps oral suspension	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
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*	
tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
SOLUCIONES DE TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT)		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL 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
CLASES VARIADAS		
*FARNESYLTRANSFER ASE INHIBITORS***		
ZOKINVY ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
*NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS***		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB***		
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL; SP
*ROCK INHIBITORS***		
REZUROCK 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
trientine hcl oral capsule 500 mg	3	PA; QL; SP
ANÁLOGOS DE LA CICLOSPORINA		
cyclosporine intravenous solution	1 or 1b*	SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cyclosporine modified oral capsule	1 or 1b*	
cyclosporine modified oral solution	1 or 1b*	
cyclosporine oral capsule	1 or 1b*	
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	1 or 1b*	
gengraf oral solution	1 or 1b*	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
NEORAL ORAL CAPSULE	3	
NEORAL ORAL SOLUTION	3	
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE	3	
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	3	
ANÁLOGOS DE LA PURINA		
azasan oral tablet	1 or 1b*	
azathioprine oral tablet	1 or 1b*	
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IMURAN ORAL TABLET	3	
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL; SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
SIMULECT 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
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
ANTILEPROSOS		
THALOMID ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE	3	
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CELLCEPT ORAL TABLET	3	
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*	
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	
INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION	2	SP
PROGRAF ORAL CAPSULE	3	
PROGRAF ORAL PACKET	3	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION	3	
RAPAMUNE ORAL TABLET	3	
sirolimus oral solution	1 or 1b*	
sirolimus oral tablet	1 or 1b*	
tacrolimus oral capsule	1 or 1b*	
ZORTRESS ORAL TABLET	3	
CORTICOESTEROIDES		
COMBINACIONES DE ESTEROIDES		
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION	3	
GLUCOCORTICOIDEOS		
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	PA
budesonide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
budesonide oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL
CORTEF ORAL TABLET	3	
cortisone acetate oral tablet	3	PA; QL
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE	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*	

* 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
dexamethasone sod phosphate pf injection solution	1 or 1b*		ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG	3	QL
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG	3	DO
dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml	1 or 1b*		PEDIAPRED ORAL SOLUTION	3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION 4 MG/ML	1 or 1b*		prednisolone oral solution	1 or 1a*	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION	3	PA; LD	prednisolone oral tablet	1 or 1b*	
EMFLAZA ORAL TABLET	3	PA; LD	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*	
HEMADY ORAL TABLET	3	PA; QL	prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION	3		prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	DO
hidex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*		PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE	3	
hydrocortisone oral tablet	1 or 1b*		prednisone oral solution	1 or 1a*	
KENALOG INJECTION SUSPENSION	3		prednisone oral tablet	1 or 1a*	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION	3		prednisone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG	3		RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST
MEDROL ORAL TABLET 2 MG	2		SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK	3		SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
methylprednisolone oral tablet	1 or 1a*		SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 2 GM, 500 MG	3	
methylprednisolone oral tablet therapy pack	1 or 1a*		taperdex 12-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg	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

* 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
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		
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	3	ST; QL
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	3	ST; QL
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
KROGER PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM	3	ST; QL
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	3	ST; QL
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML	3	ST; QL
UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CAPUCHONES CERVICALES		
FEMCAP VAGINAL DEVICE	2	\$0
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 (FEMENINOS)		
FC2 FEMALE CONDOM	2	\$0; QL
PRESERVATIVOS (MASCULINOS)		
aimsco lubricated	2	\$0
condoms	2	\$0
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE	2	\$0
DUREX REALFEEL DEVICE	2	\$0
FANTASY LUBRICATED	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
FANTASY LUBRICATED/SPERMIC IDE	2	\$0
KAMELEON LUBRICATED	2	\$0
kimono	2	\$0
KIMONO COLORS DEVICE	2	\$0
kimono micro thin	2	\$0
kimono micro thin plus	2	\$0
kimono plus	2	\$0
kimono ps	2	\$0
kimono ps plus	2	\$0
kimono sensation	2	\$0
kimono sensation plus	2	\$0
KIMONO SPECIAL DEVICE	2	\$0
maxx	2	\$0
maxx plus	2	\$0
REALITY LATEX CONDOMS	2	\$0
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE	2	\$0
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE	2	\$0
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE	2	\$0
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	2	\$0
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	2	\$0
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMIC IDE	2	\$0
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE	2	\$0
TRUSTEX NON-LUBRICATED	2	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	2	\$0
TRUSTEX RIA LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	2	\$0
SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA		
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL
E-Z JECT LANCETS THIN 26G	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 30G	2	QL
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS	2	QL
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G	2	QL
PIP LANCETS 30G	2	QL
SM LANCETS 33G	2	QL
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS	2	QL
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G	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 PDM (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

* 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
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		
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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	2	QL
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	2	QL
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F	2	QL
CAREFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL
CAREONE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS	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 INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	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
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 5 MM , 33G X 4 MM	3	ST; QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 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
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	3	PA	DROPLET MICRON	3	QL
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM	3	ST; QL	DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM , 32G X 8 MM	3	ST; QL
CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL	DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL	DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	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" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	3	ST; QL	DRUG MART UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL
COMFORT EZ PEN NEEDLES	3	ST; QL	DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM	3	ST; QL	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
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL	easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml	3	ST; QL
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM	3	ST; QL
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED	3	ST; QL	EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	QL
DIATHRIVE PEN NEEDLE	3	ST; QL	EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	QL	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY	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 TOUCH INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL	GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 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 INSULIN SYRINGES	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	3	QL	GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	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	GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	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 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
EMBRACE PEN NEEDLES	3	ST; QL	GNP INSULIN SYRINGES	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	GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	3	ST; QL
FIFTY50 PEN NEEDLES	3	ST; QL	GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"	3	ST; QL
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR	3	ST; QL	GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16"	3	ST; QL
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL	GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	3	ST; QL
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML	3	QL	GNP ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL	GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE	3	ST; QL
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL	GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 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
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL	KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	ST; QL	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	3	ST; QL
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	3	ST; QL	KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM	3	ST; QL
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP	3	ST; QL	LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	LEADER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	LITETOUCH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL	LITETOUCH 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" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	LONGS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 30g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL
INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	MARATHON MEDICAL PENTIPS	3	ST; QL
INSUPEN PEN NEEDLES	3	ST; QL	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	3	ST; QL
INSUPEN SENSITIVE	3	ST; QL	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	ST; QL	MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	3	ST; QL
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"	3	ST; QL
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL	MEDIC INSULIN SYRINGE	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
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL	PRO 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" 1 ML	3	ST; QL
MM PEN NEEDLES	3	ST; QL	PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
MONOJECT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	PRODIGY INSULIN SYRINGE	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, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL	PURE COMFORT PEN NEEDLE	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	pure comfort safety pen needle	3	QL
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE	3	ST; QL	PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
NOVOFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL	PX INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	3	ST; QL
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	3	ST; QL	PX MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	ST; QL	PX PEN NEEDLE	3	ST; QL
PEN NEEDLES	3	ST; QL	QC PEN NEEDLES	3	ST; QL
PEN NEEDLES 5/16" 31G X 8 MM	3	ST; QL	QC UNIFINE PENTIPS	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	RA INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
pip pen needles 31g x 5mm	3	ST; QL	RA PEN NEEDLES	3	ST; QL
pip pen needles 32g x 4mm	3	ST; QL	raya sure pen needle	3	ST; QL
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL	REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	QL
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	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
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES	3	ST; QL	RELION MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL	RELION PEN NEEDLES	3	ST; QL
			RELION SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
			safety pen needles	3	ST; QL
			SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
			SECURESAFE INSULIN SYRINGE	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
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
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	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL
sure comfort pen needles 31g x 6 mm	3	ST; QL	TRUEPLUS 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" 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
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 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	TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM	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	TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM	3	QL
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 10MM , 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL	ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL	ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT	3	ST; QL
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL	ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL	ULTICARE MICRO PEN NEEDLES	3	ST; QL
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	3	ST; QL	ULTICARE MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL
true comfort insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 32g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL	ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM	3	ST; QL
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL	ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL			
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	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	
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 FLO INSULIN PEN NEEDLES	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 SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	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 SYRINGE	3	ST; QL	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	3	ST; QL	
ULTRA THIN PEN NEEDLES	3	ST; QL	VP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	QL	WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL	
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL	ZEVRX 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	ZEVRX PEN NEEDLES	3	ST; QL	
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	3	ST; QL	DENTÍFRICOS			
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	3	ST; QL	MI PASTE DENTAL PASTE	3		
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	3	ST; QL	MI PASTE PLUS DENTAL PASTE	3		
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM , 33G X 4 MM	3	ST; QL	PRODUCTOS DE DESENSIBILIZACIÓN DENTAL			
UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL	REMESENSE DENTAL	3		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	3	ST; QL	SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA			
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	3	ST; QL	ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	2	QL	
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS	2	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"	3	ST; QL	ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	2	QL	
1 ML			ACTI-LANCE 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
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
ASSURE HAEMOLANCE PLUS NORMAL	2	QL
ASSURE HAEMOLANCE PLUS PED	2	QL
ASSURE LANCE LANCETS	2	QL
ASSURE LANCE LANCETS 21G	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	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
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

* 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
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
DROPLET PERSONAL LANCETS 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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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 SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL
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
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

* 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
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
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 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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
HAEMOLANCE	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
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL
HY-VEE LANCETS	2	QL
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL
KINNEY LANCETS	2	QL
KINNEY THIN LANCETS	2	QL
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G	2	QL
KROGER 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
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
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
MEDICHOICE SAFETY LANCET	2	QL
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL
MEDICHOICE 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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MEDLANCE PLUS LITE 25G	2	QL
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM	2	QL
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G	2	QL
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G	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
MONOLET LANCETS	2	QL
MONOLET OPD LANCETS	2	QL
MONOLETTOR SAFETY LANCETS	2	QL
MPD SAFETY LANCET 21G	2	QL
MPD SAFETY LANCET 23G	2	QL
MPD SAFETY LANCET 28G	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

* 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
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 28G	2	QL
PERFECT LANCETS 30G	2	QL
PHARMACIST CHOICE LANCETS	2	QL
PHARMACY COUNTER LANCETS	2	QL
PIP LANCETS 28G	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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
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

* 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
SINGLE-LET	2	QL
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL
SMART SENSE STANDARD 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
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
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

* 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
UNISTIK PRO SAFETY LANCET	2	QL
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G	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
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
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL
DIURÉTICOS		
COMBINACIONES DE DIURÉTICOS		
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*	
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE ORAL TABLET	3	
amiloride hcl oral tablet	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION	3	
DYRENIUM ORAL CAPSULE	3	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	
triamterene oral capsule	1 or 1b*	
DIURÉTICOS DEL ASA		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET 0.5 MG	3	
EDECIRIN ORAL TABLET	3	
ethacrynat sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT	3	PA; QL
furosemide injection solution 10 mg/ml	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
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET	3	
SOAANZ ORAL TABLET	3	ST
SODIUM EDECRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
torsemide oral tablet	1 or 1b*	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
mannitol intravenous solution 20 %, 25 %	1 or 1b*	
osmitrol intravenous solution 10 %, 20 %	1 or 1b*	
DIURÉTICOS TIAZÍDICOS Y DIURÉTICOS TIPO TIAZÍDICOS		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION	3	
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
metolazone oral tablet	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET	3	
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
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
KEVEYIS ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ESTRÓGENOS		
*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST***		
MYFEMBREE ORAL TABLET	3	PA; QL
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; QL
ESTRÓGENO - COMBINACIÓN DE MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS		
DUAVEE ORAL TABLET	3	PA; QL
ESTRÓGENO Y PROGESTINA		
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	
ESTRÓGENOS		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	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
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*	
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS MIXTOS		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
EXTRACTOS ALERGÉNICOS		
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 (160 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
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

* 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
FLUOROQUINOLONAS		
FLUOROQUINOLONAS		
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*	
HIPNÓTICOS/SEDANTE S/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA OREXINA		
BELSOMRA ORAL TABLET	3	ST; QL
DAYVIGO ORAL TABLET	3	ST; QL
QUVIVIQ ORAL TABLET	3	ST; QL
HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.8 MG/100ML-%, 50-0.8 MG/50ML-%	3	
midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution	3	
quazepam oral tablet	1 or 1b*	QL
RESTORIL ORAL CAPSULE	3	ST; QL
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg	1 or 1b*	QL
triazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA		
eszopiclone oral tablet 3 mg	1 or 1b*	QL
HIPNÓTICOS		
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE MELATONINA SELECTIVO		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION	3	PA; LD; QL
HETLIOZ ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL
ROZEREM ORAL TABLET	3	ST; QL
tasimelteon oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL
HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS		
doxepin 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 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SILENOR ORAL TABLET	3	ST; QL	SEDATIVOS AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO ALFA 2 SELECTIVO		
HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS					
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*		dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution 200 mcg/50ml, 200-0.9 mcg/50ml-%, 400 mcg/100ml, 80 mcg/20ml	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL	DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL	dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO	DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
phenobarbital sodium injection solution	1 or 1b*		IGALMI SUBLINGUAL FILM	3	PA; QL
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/250ML, 200 MCG/2ML, 200 MCG/50ML, 400 MCG/100ML, 80 MCG/20ML	3	
HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA			LAXANTES		
temazepam oral capsule 7.5 mg	1 or 1b*	QL	COMBINACIONES DE LAXANTES		
MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA			CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	3	QL
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	ST; QL	GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1a*	\$0; QL
AMBIEN ORAL TABLET	3	ST; QL	gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*	\$0; QL
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	ST; QL	GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	3	QL
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL	MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
LUNESTA ORAL TABLET	3	ST; QL	na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*	\$0; 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			

* 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
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
PEG-PREP ORAL KIT	3	QL
PLENUV ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION	3	QL
SUTAB ORAL TABLET	2	QL
LAXANTES ESTIMULANTES		
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
kp bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sb gentle lax-women oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
womans laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
LAXANTES LUBRICANTES		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
LAXANTES SALINOS		
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

* 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
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION	1 or 1a*	\$0
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
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION	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
LAXANTES VARIOS		
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
eq laxative oral packet	1 or 1b*	\$0
eql clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
ft clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
gavilax oral powder	1 or 1b*	\$0
gentlelax oral powder	1 or 1b*	\$0
glycolax oral powder	1 or 1b*	\$0
gnp clearlax oral packet	1 or 1b*	\$0
gnp clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
goodsense clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
healthylax oral packet	1 or 1b*	\$0
hm clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*	\$0
KRISTALOSE ORAL PACKET	3	
LACTULOSE ORAL PACKET	3	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	1 or 1b*	
mm clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
peg 3350 oral packet	1 or 1b*	\$0
peg 3350 oral powder	1 or 1b*	\$0
Polyethylene glycol 3350 oral packet 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
MACRÓLIDOS		
AZITROMICINA		
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*	

* 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
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	
CLARITROMICINA		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ERITROMICINAS		
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*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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*	
FIDAXOMICINA		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
DIFICID ORAL TABLET	3	QL
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA		
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS NO NARCÓTICOS		
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*	
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS OPIÁCEOS		
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	
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS NO NARCÓTICOS		
promethazine-dm oral syrup	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
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS OPIÁCEOS					
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release	1 or 1b*	QL	DESCONGESTIVO Y ANTIHISTAMÍNICO		
promethazine-codeine oral solution	1 or 1a*	QL	CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	ST; QL
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3		promethazine vc oral syrup	1 or 1b*	QL
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DESCONGESTIVOS					
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3		INHALANTES RESPIRATORIOS VARIOS		
TUSNEL C ORAL SYRUP	2	PA	HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	3	
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES			NEBUSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 3 %	1 or 1b*	
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3		PULMOSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	1 or 1b*	
g tussin ac oral solution	1 or 1a*		sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %	1 or 1b*	
guaifenesin ac oral syrup	1 or 1a*		MUCOLÍTICOS		
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	1 or 1a*		acetylcysteine inhalation solution	1 or 1b*	
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID	2		MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉGICOS		
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*		AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON COMBINACIONES DE BISMUTO		
NINJACOF-XG ORAL LIQUID	3		bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL
ANTITUSIVOS - NO NARCÓTICOS			bismuth/metronidaz/tetracycl in oral capsule	1 or 1b*	ST; QL
benzonatate oral capsule	1 or 1b*		HELDAC THERAPY ORAL	3	ST; QL
ANTITUSIVOS - OPIOIDES			PYLERA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
HYCODAN ORAL SOLUTION	3	QL	ALCALOIDES DE LA BELLADONA		
HYCODAN ORAL TABLET	3	PA	ATROPOINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 1 MG/10ML	1 or 1b*	
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			

* 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*	
ANTICOLINÉRGICOS NASALES CUATERNARIOS		
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	
COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES Y ANTIÁCIDOS		
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule	3	ST; QL
omeprazole-sodium bicarbonate oral packet	3	ST; QL
ZEGERID ORAL CAPSULE	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZEGERID ORAL PACKET	3	ST; QL
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS		
*ULCER ANTI-INFECTIVE-PCAB COMBINATIONS***		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK	3	PA; QL
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK	3	PA; QL
AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL
OMECLAMOX-PAK ORAL	3	ST; QL
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL
ANTAGONISTAS H2		
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
PEPCID ORAL TABLET	3	QL
ANTIESPASMÓDICOS		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
dicyclomine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral solution	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral tablet	1 or 1a*	

* 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
ANTIULCEROSOS VARIOS			NEXIUM ORAL PACKET	3	ST; QL
CARAFATE ORAL SUSPENSION			omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
CARAFATE ORAL TABLET			pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*		pantoprazole sodium oral packet	3	ST; QL
sucralfate oral tablet	1 or 1b*		pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS			PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG	3	ST; QL
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*		PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE	3	ST; QL
LIBRAX ORAL CAPSULE	3		PRILOSEC ORAL PACKET	3	ST; QL
COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES Y ANTIÁCIDOS			PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
KONVOMEП ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	ST; QL	PROTONIX ORAL PACKET	3	ST; QL
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES			PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	ST; QL	RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST; QL
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL	rabeprazole sodium oral tablet delayed release	3	ST; QL
dexlansoprazole oral capsule delayed release	3	ST; QL	VOQUEZNA ORAL TABLET	3	PA; QL
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	3	ST; QL	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS		
esomeprazole magnesium oral packet	3	ST; QL	CYTOTEC ORAL TABLET	3	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	1 or 1b*		misoprostol oral tablet	1 or 1a*	
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	3	ST; QL	MINERALES Y ELECTROLITOS		
lansoprazole oral tablet delayed release dispersible	3	ST; QL	BICARBONATOS		
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	3		SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	1 or 1b*	
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL	sodium acetate intravenous solution 4 meq/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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	1 or 1b*		kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION	3		KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
CALCIO			lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3		multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE CALCIO			multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*	
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	1 or 1b*		NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.8 GM/100ML-%	3		NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
COMBINACIONES DE FLUORURO			PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
FLORIVA ORAL LIQUID	3		PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	3	
COMBINACIONES DE OLIGOELEMENTOS			POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	3	
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3		potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*	
MULTRY'S INTRAVENOUS SOLUTION	3		POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 40-0.9 MEQ/L-%	1 or 1b*	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT	3		ringers intravenous solution	1 or 1b*	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION	3		TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	
ELECTROLITOS PARENTERALES			ELECTROLITOS Y DEXTROSA		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	3		DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3		dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*		DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 2.5-0.45 %	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
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 5-0.225 %	3	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 5-0.3 %	1 or 1b*	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	1 or 1b*	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 10 meq/l, 20 meq/l	1 or 1b*	
FLUORURO		
sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml	1 or 1a*	\$0
sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*	\$0
sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
FOSFATO		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
K-PHOS ORAL TABLET	2	
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*	
MAGNESIO		
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	
MANGANESO		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	
OLIGOELEMENTOS		
chromic chloride 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 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cupric chloride intravenous solution	3	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION	3	
POTASIO		
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*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	3	
POKONZA ORAL PACKET	3	
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	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*	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML	1 or 1b*	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 40 MEQ/100ML	3	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution 10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)	1 or 1b*	
SODIO		
aquastat intravenous solution	1 or 1b*	
AQUASTAT SFR INTRAVENOUS SOLUTION	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*	
ZINC		
GALZIN ORAL CAPSULE	3	
zinc chloride intravenous solution	1 or 1b*	
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTIVITAMINAS		
MULTIVITAMINAS		
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

* 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
DAVIMET-M ORAL TABLET CHEWABLE	3	
ESTROFACTORS ORAL TABLET	2	\$0
gnp essential one daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
healthy hair/skin/nails oral tablet	1 or 1b*	\$0
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2	\$0
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	3	
multi vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2	\$0
multiple vitamin-folic acid oral tablet	1 or 1b*	\$0
multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
multivitamin iron-free oral tablet	1 or 1b*	\$0
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2	\$0
multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
NEOMULTIVITE ORAL TABLET	2	\$0
novite oral capsule	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2	\$0
once daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2	\$0
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	2	\$0
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	2	\$0
one-daily multi vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
one-daily multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
qc essentials oral tablet	1 or 1b*	\$0
QUINTABS ORAL TABLET	2	\$0
sm multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress formula oral tablet	1 or 1b*	\$0
stresstabs energy oral tablet	1 or 1b*	\$0
tab-a-vite oral tablet	1 or 1b*	\$0
tab-a-vite/beta carotene oral tablet	1 or 1b*	\$0
THERA ORAL TABLET	2	\$0
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*	\$0
THEREMS ORAL TABLET	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
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION	3	
VITAMINAS CON LIPOTRÓPICOS		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET	2	\$0
b complex (lipotropics) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet	1 or 1b*	\$0
balance b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
balanced b-50 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2	\$0
cvs balanced b50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
cvs inner ear plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
ear health formula oral tablet	1 or 1b*	\$0
ear health plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
lipo flavonoid plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
lipoflavovit oral tablet	1 or 1b*	\$0
LIPOTRIAD ORAL TABLET	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
mega multiple/chelated mineral oral tablet	1 or 1b*	\$0
nat-rul b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
risanoid plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
ultra b-100 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
VITAMINAS DEL COMPLEJO 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 COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
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
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
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	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
NEPHRO-VITE ORAL TABLET	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

* 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
ra balanced b-50 tr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0	multivitamin plus iron adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*	\$0	nat-rul daily-vite+iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0	one daily multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
rena-vite oral tablet	1 or 1b*	\$0	one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b super vitamin complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	one-daily/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b100 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	qc daily multivitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0	sm multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0	stress b complex/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	stress formula/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET	2	\$0	tab-a-vite/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm super b complex/c oral tablet	1 or 1b*	\$0	TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	2	\$0
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0	VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y CALCIO-ÁCIDO FÓLICO		
stress formula (folic acid) oral tablet	1 or 1b*	\$0	FOLGARD OS ORAL TABLET	3	
super b complex/fa/vit c oral tablet	1 or 1b*	\$0	VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y FLUORURO-HIERRO-ÁCIDO FÓLICO		
super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0	QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE	3	
super b-complex + vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0	VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES		
super b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	LIVITA ADULTS ORAL LIQUID	3	
super b-complex/vit c/fa oral tablet	1 or 1b*	\$0	MENATROL ORAL CAPSULE	3	
super dec b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0	VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
super quints b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0	adc/f (0.5mg/ml) oral solution	1 or 1b*	\$0
vitamin b + c complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE	3	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0	FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION	3	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0			
yl balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0			
VITAMINAS MÚLTIPLES CON HIERRO					
daily vite multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0			
multiple vitamins/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 02/01/2024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	
LIVITA CHILDREN ORAL LIQUID	3	
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*	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE	3	
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE	3	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION	3	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	3	
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION 0.25 MG/ML	3	
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	
tri-vite/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION	3	
vitamins acd-fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	2	QL
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

* 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
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
inalat gt oral tablet	1 or 1b*	QL
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
OB COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
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

* 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
pregnatal 19 oral tablet chewable	1 or 1a*	QL	PRENATE MINI ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-350 MG	3	ST; QL
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL	PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE	3	ST; QL
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL	PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL	PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL	2	\$0; QL	PRENATRIX ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL	PRENATRYL ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2	ST; \$0; QL	PRENATVITE COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL	PRENATVITE PLUS ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2	\$0; QL	PRENATVITE RX ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL	PRIMACARE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL	PROVIDA OB ORAL CAPSULE	2	QL
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2	\$0; QL	QC PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2	\$0; QL	RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2	\$0; QL
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL	RA PRENATAL ORAL TABLET	2	\$0; QL
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2	\$0; QL	RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATAL-U ORAL CAPSULE	2	QL	SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG	3	ST; QL
PRENATE AM ORAL TABLET	3	ST; QL	SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-300 MG	3	ST; QL	SELECT-OB+DHA ORAL	3	ST; QL
PRENATE ELITE ORAL TABLET 20-0.6-0.4 MG	3	ST; QL	SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL	SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-300 MG	3	ST; QL	SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2	\$0; QL
			SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2	\$0; 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	
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1 MG	2	QL	WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL	
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL	WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL	
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL	ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL	
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL	ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL	
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL	NUTRIENTES			
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE	3	ST; QL	AMINOÁCIDOS SIMPLES			
VINATE II ORAL TABLET	2	QL	ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION	3		
VINATE ONE ORAL TABLET	2	QL	CARBOHIDRATOS			
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE	3	ST; QL	dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*		
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL	DEXTOSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3		
VITAFOL STRIPS ORAL FILM	2	ST; QL	COMBINACIONES DE LIPOPÍDICOS			
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE	3	ST; QL	LECITHIN ORAL GRANULES	3		
VITAFOL-NANO ORAL TABLET	3	ST; QL	LÍPIDOS			
VITAFOL-OB ORAL TABLET	3	ST; QL	CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION	3		
VITAFOL-OB+DHA ORAL	3	ST; QL	DOJOLVI ORAL LIQUID	3	PA; LD; QL; SP	
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL	INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION	3		
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE	3	ST; QL	NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	3		
VITAMEDMD REDICHEW RX ORAL TABLET CHEWABLE 1.4 MG	3	ST; QL	OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION	3		
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL	SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION	3		
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET	3	ST; QL	MEZCLAS DE AMINOÁCIDOS			
VITATRUE ORAL	3	ST; QL	AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3		
VIVA DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL	aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*		
wesnatal dha complete oral	2	ST; QL	AMINOSYN-PF 7% 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
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clisol sf intravenous solution	1 or 1b*	
plenamine intravenous solution	1 or 1b*	

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM, 3 (2-1) GM	3	
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*	
pfeizerpen 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*	

* 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
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3		ASSURE II IN VITRO STRIP	3	ST; QL
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*		ASSURE PLATINUM IN VITRO STRIP	3	ST; QL
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		ASSURE PRISM MULTI TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO			ASSURE PRO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO			BIOTEL CARE TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP	2	QL	BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP	2	QL	blood glucose test strips 333 in vitro strip	3	ST; QL
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP	2	QL	BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP	2	QL	CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVANCE INTUITION TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CARESENS N GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVANCE MICRO-DRAW TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CARETOUCH TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVOCATE REDI-CODE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ADVOCATE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHEK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX AMP TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX JAZZ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHOICE MICRO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX KEYNOTE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL
AGAMATRIX PRESTO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CLEVER CHOICE TALK SYSTEM IN VITRO STRIP	3	ST; QL
ASSURE 3 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CONTOUR NEXT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
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			

* 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
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EASYPRO PLUS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ELEMENT COMPACT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ELEMENT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
DIATHRIVE GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
DIATRUE PLUS TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
DUO-CARE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY PLUS II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EQ BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY STEP TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	EVOLUTION AUTOCODE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA 6 CONNECT IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA 6 CONNECT/GTEL TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY TOUCH TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA D15G BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASY TRAK II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA D20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASYGLUCO IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASymax 15 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
EASymax 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
FORA G30/PREM V10 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GENULTIMATE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA GD20 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GHT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCO PERFECT 3 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA TN'G ADVANCE PRO IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOCARD EXPRESSION TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA TN'G/TN'G VOICE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOCARD SHINE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOCARD VITAL TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA V12 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOCARD X-SENSOR IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA V20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOCOM TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORACARE GD40 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GLUCOSE METER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORACARE PREMIUM V10 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORACARE TEST N GO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORTISCARE G1 TEST STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GNP TRUETRACK SMART SYSTEM IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FORTISCARE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	GNP TRUETRACK TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP	3	QL	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP	3	QL	GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP	3	QL	GOODSENSE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP	3	QL	HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
GE100 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
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
IGLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ONE DROP TEST IN VITRO STRIP	3	QL
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP	2	QL
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP	2	QL
INFINITY VOICE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	OPTIUMEZ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
KROGER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PHARMACIST CHOICE AUTOCODE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PHARMACIST CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL
KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP IN VITRO STRIP	3	QL
LIBERTY NEXT GENERATION TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	POCKETCHEM EZ TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
LIBERTY TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST	3	QL
MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
MEIJER TRUETEST TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL
MEIJER TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC IN VITRO STRIP	3	ST; QL
MICRODOT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PTS PANELS EGLU TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
MM EASY TOUCH GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	QUICKTEK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
MYGLUCOHEALTH TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
NEUTEK 2TEK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
NOVA MAX 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
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL
RELION BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
RELION CONFIRM/MICRO TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	TRUETEST TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
RELION PREMIER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
RELION PRIME TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	UNISTRIP1 GENERIC IN VITRO STRIP	3	ST; QL
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL	VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL
RELION ULTIMA TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	VIVAGUARD INO TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL
REXALL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PRODUCTOS DIGESTIVOS		
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	ENZIMAS DIGESTIVAS		
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	2	QL
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	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
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL	PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	ST; QL
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	SUCRAID ORAL SOLUTION	3	PA; LD; QL
SMART SENSE PREMIUM TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	VIOKACE ORAL TABLET	3	QL
SMART SENSE VALUE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL	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
SMARTTEST BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL			
SOLUS V2 TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL			
SUPREME 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
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS			IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL
*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)***			IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE	2	PA; QL	MAXALT ORAL TABLET 10 MG	3	ST; QL
QULIPTA ORAL TABLET	3	PA; QL	MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	3	ST; QL
UBRELVY ORAL TABLET	3	ST; QL	naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ZAVZPRET NASAL SOLUTION	3	ST; QL	ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER	3	ST; QL
*MIGRAINE PRODUCTS - CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS***			RELPAX ORAL TABLET	3	ST; QL
ELYXYB ORAL SOLUTION	3	ST; QL	rizatRIPTAN benzoate oral tablet	1 or 1b*	QL
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)***			rizatRIPTAN benzoate oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
REYVOW ORAL TABLET	3	ST; QL	sumatriptan nasal solution	1 or 1b*	QL
AGONISTA SELECTIVO DE SEROTONINA - COMBINACIONES DE AINE			sumatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	QL
sumatriptan-naproxen sodium oral tablet	3	ST; QL	sumatriptan succinate subcutaneous solution refill subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	QL
TREXIMET ORAL TABLET 85-500 MG	3	ST; QL	sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL
AGONISTAS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT(1)			sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL
almotriptan malate oral tablet	1 or 1b*	QL	TOSYMRA NASAL SOLUTION	3	ST; QL
eletriptan hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	QL	ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL
FROVA ORAL TABLET	3	ST; QL	zolmitriptan nasal solution 5 mg	1 or 1b*	ST; QL
frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	zolmitriptan oral tablet	1 or 1b*	QL
IMITREX NASAL SOLUTION	3	ST; QL	zolmitriptan oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
IMITREX ORAL TABLET	3	ST; 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZOMIG ORAL TABLET	3	ST; QL	dihydroergotamine mesylate nasal solution	3	ST; QL
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)			ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL	MIGRANAL NASAL SOLUTION	3	ST; QL
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL	TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION	3	ST; QL
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL	PRODUCTOS VAGINALES		
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL	*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS***		
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL	PHEXXI VAGINAL GEL	3	
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL	ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL	CLEOCIN VAGINAL CREAM	3	
COMBINACIONES DE ERGOTAMINA			CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	2	
ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*		clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
migergot rectal suppository	1 or 1b*		CLINDESSE VAGINAL CREAM	3	
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - AINE			metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
CAMBIA ORAL PACKET	3	ST; QL	NUVESSA VAGINAL GEL	3	
diclofenac potassium(migraine) oral packet	3	ST; QL	VANDAZOLE VAGINAL GEL	1 or 1b*	
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS			XACIATO VAGINAL GEL	3	PA; QL
dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL	ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL		
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
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY	2	\$0	ESPERMICIDAS		

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	1 or 1b*	
norethindrone acetate oral tablet	1 or 1b*	
progesterone intramuscular oil	1 or 1b*	
progesterone oral capsule	1 or 1b*	QL
PROMETRIUM ORAL CAPSULE	3	QL
PROVERA ORAL TABLET	3	QL
SULFONAMIDAS		
SULFONAMIDAS		
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*	
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS		
*ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS***		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; BE; QL
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)***		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG	3	PA; QL
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG	3	PA; DO
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS***		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG	3	PA; LD; QL; SP
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*STIMULANT COMBINATIONS***			caffeine citrate oral solution	1 or 1b*	
AZSTARYS ORAL CAPSULE	3	ST; QL	DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AGENTE PARA EL TDAH - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA			ANFETAMINAS		
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; DO	ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE	3	ST; QL
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	PA; QL	amphetamine sulfate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 150 MG	3	ST; DO	amphetamine sulfate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG	3	ST; QL	DESOXYN ORAL TABLET	3	ST; QL
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	3	PA; DO	DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG	3	ST; QL
STRATTERA ORAL CAPSULE 100 MG, 60 MG, 80 MG	3	PA; QL	dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	PA; QL
AGENTE PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) - AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS			dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL	dextroamphetamine sulfate oral solution	1 or 1b*	PA; QL
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	PA; DO	dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	PA; QL	dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1 MG, 2 MG	3	PA; DO	DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE	3	ST; QL
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG, 4 MG	3	PA; QL	DYANAVEL XR ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 10 MG, 5 MG	3	ST; DO
ANALÉPTICOS			DYANAVEL XR ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 15 MG, 20 MG	3	ST; QL
caffeine citrate intravenous solution	1 or 1b*		EVEKEO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE	3	ST; QL
			EVEKEO ORAL TABLET 10 MG	3	PA; QL
			EVEKEO ORAL TABLET 5 MG	3	PA; 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
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO	phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	1 or 1b*	PA; QL	phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO	phentermine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL	ANTIOBÉSICOS - AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1		
methamphetamine hcl oral tablet	3	ST; QL	SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; BE; QL
procenra oral solution	1 or 1b*	PA; QL	WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	2	PA; BE; QL
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG	2	PA; DO	COMBINACIONES DE AGENTES ANTOBÉSICOS		
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG	2	PA; QL	CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	PA; BE; QL
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG	2	PA; DO	COMBINACIONES DE ANOREXÍGENOS		
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG	2	PA; QL	QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; BE; QL
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH	3	ST; QL	ESTIMULANTES VARIOS		
zenzedi oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL	APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	3	ST; DO
zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO	APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 50 MG, 60 MG	3	ST; QL
ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS			armodafinil oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
ADIPEX-P ORAL TABLET	3	PA; BE; QL	CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG	3	ST; DO
benzphetamine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	PA; BE; QL	CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG, 54 MG	3	ST; QL
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL	COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE	3	ST; QL
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL	DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 10 MG/9HR, 15 MG/9HR	3	ST; DO
LOMAIRA ORAL TABLET	3	PA; BE; QL			
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	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
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 20 MG/9HR, 30 MG/9HR	3	ST; QL	methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA; DO
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	ST; DO	methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	ST; QL	methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; QL	methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg, 54 mg	1 or 1b*	PA; QL
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO	methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg	3	ST; QL
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL	METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	3	ST; QL
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO	methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG	3	ST; QL	methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
FOCALIN ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	3	ST; DO	methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	ST; DO	methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG	3	ST; QL	methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 60 MG, 80 MG	3	ST; QL	methylphenidate hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	3	ST; DO	methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
METHYLINE ORAL SOLUTION	3	ST; QL	methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO	methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 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

* 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
methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr	1 or 1b*	ST; QL	ADDERALL ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	3	ST; QL
modafinil oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; DO	ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 5 MG	3	ST; DO
modafinil oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; QL	ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 25 MG, 30 MG	3	ST; QL
NUVIGIL ORAL TABLET	3	PA; QL	amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG	3	PA; DO	amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL
PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL	amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 20 MG	3	ST; DO	amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 30 MG, 40 MG	3	ST; QL	amphet-dextroamphet 3-bead oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	ST; QL	MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG	3	ST; DO	TETRACICLINAS		
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG, 45 MG, 54 MG, 63 MG	3	ST; QL	*GLYCOCYCLINES***		
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG	3	ST; DO	TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*	
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 40 MG	3	ST; QL	TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	ST; DO	AMINOMETICICLINAS		
RITALIN ORAL TABLET 20 MG	3	ST; QL	NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
INHIBIDORES DE LA LIPASA			NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	3	PA; QL
orlistat oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL			
XENICAL ORAL CAPSULE	3	PA; BE; QL			
MEZCLAS DE ANFETAMINAS					
ADDERALL ORAL TABLET 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	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
FLUOROCICLINAS		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TETRACICLINAS		
demeocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 120 MG	3	ST; QL
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 60 MG	3	ST
DORYX ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50 MG	3	ST; QL
doxy 100 intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	3	ST; QL
doxycycline hyclate oral tablet delayed release	3	ST; QL
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	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*	
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
minocycline hcl er oral capsule extended release 24 hour	3	ST; QL
minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL
minocycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
minocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
MINOLIRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
monodoxine nl oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL
SEYSARA ORAL TABLET	3	ST; QL
SOLODYN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 105 MG, 115 MG, 55 MG, 65 MG, 80 MG	3	ST; QL
targadox oral tablet	1 or 1b*	QL
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*	
VIBRAMYCIN ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VIBRAMYCIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	ST; QL
XIMINO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
TOXOIDES		
COMBINACIONES DE TOXOIDES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	\$0
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	\$0
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	\$0
INFANRIX 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 02012024

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	VACUNAS BACTERIANAS		
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0	ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0	BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	BEXZERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0	BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	3	\$0	HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0	MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3		MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3		MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0
VACUNAS			MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
COMBINACIONES DE VACUNAS VIRALES			PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0	PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE	2	\$0
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0	PREVNAR 13 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$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
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3		ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	\$0
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3		FLUAD QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0	FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	2		FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
VACUNAS VIRALES			FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0; QL	FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0	FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL
AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL	FLUMIST QUADRIVALENT NASAL SUSPENSION	2	\$0; QL
AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	2	\$0; QL	FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; \$0; QL	FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0			
COMIRNATY 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
FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	2	\$0; QL	RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0	RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	\$0
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0	RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	3	\$0	ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	\$0
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	\$0
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3		SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	\$0
IPOV INJECTION INJECTABLE	3	\$0	SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3		SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	\$0	STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0	TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension	2	\$0	VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	3	\$0
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3ML	2	\$0	VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	\$0
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension 3 mcg/0.3ml	2	\$0	YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	
PREHEVBRIOS 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
VASOPRESORES			EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1 or 1b*	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA			epinephrine injection solution 1 mg/ml, 10 mg/10ml	3	
ADRENALIN INJECTION SOLUTION	3		EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL	EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*		GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL	IMMPHENITIV INTRAVENOUS SOLUTION	3	
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT	3		LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION	3	
EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL	midodrine hcl oral tablet	1 or 1b*	
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	ST; QL	norepinephrine bitartrate intravenous solution	1 or 1b*	
HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (NOH) - AGENTES			PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1 or 1b*	
droxidopa oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION 47 MG/10ML	3	
NORTHERA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION	3	
VASOPRESORES			VITAMINAS		
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION	3		VITAMINA A		
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION	3		VITAMINA B		
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION	3		thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		VITAMINA C		
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	3		ASCOR 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
VITAMINA D		
DRISDOL ORAL CAPSULE	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMINA K		
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 o llamando al 866-297-0984.

Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia, inicia sesión en 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>.