



## Lista abierta de medicamentos tradicional

### Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de cuatro niveles

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

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

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

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) and choose Prescription Benefits. Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.
- Los miembros actuales de Anthem tienen a disposición herramientas y recursos adicionales para ver la lista de medicamentos más actualizada del plan, así como los medicamentos que se agregaron, los genéricos y más, al iniciar sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca).
- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas normas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. ¿Ya eres miembro? Puedes ver tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan si inicias sesión en [anthem.com](https://www.anthem.com) y accedes a **My Plan ->Benefits-> Plan Documents (Mi plan ->Beneficios-> Documentos del plan)**.
- Tú y tu médico pueden usar esta lista como guía para elegir los medicamentos adecuados para ti. Es posible que tu plan no cubra los medicamentos que no están en esta lista y pueden costarte más como gasto de bolsillo. Para ayudarte a comprender cómo funciona la lista con tu beneficio para medicamentos, hemos incluido algunas preguntas frecuentes (FAQ) en este documento sobre cómo se organiza la lista y qué hacer si un medicamento no se encuentra en ella.

# Lista de medicamentos tradicionales

## Cuatro Niveles

### Tabla de contenido

<b>INFORMATIONAL SECTION</b> .....	4
<b>*ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	12
<b>*ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS</b> .....	18
<b>*ALTERNATIVE MEDICINES* - VITAMINS AND MINERALS</b> .....	18
<b>*AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	19
<b>*AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	19
<b>*ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b> .....	20
<b>*ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b> .....	28
<b>*ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b> .....	30
<b>*ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES</b> .....	35
<b>*ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS</b> .....	36
<b>*ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	36
<b>*ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	37
<b>*ANTIANGIOTENSIN AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	37
<b>*ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	38
<b>*ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS</b> .....	39
<b>*ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD</b> .....	44
<b>*ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	46
<b>*ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	53
<b>*ANTIDIABETICS* - HORMONES</b> .....	58
<b>*ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b> .....	66
<b>*ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b> .....	67
<b>*ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b> .....	69
<b>*ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	71
<b>*ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS</b> .....	72
<b>*ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	74
<b>*ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	77
<b>*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	83
<b>*ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	87
<b>*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b> .....	87
<b>*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	88
<b>*ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER</b> .....	88
<b>*ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	109
<b>*ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	111
<b>*ANTISEPTICS &amp; DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</b> .....	117
<b>*ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	118
<b>*BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	124
<b>*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	126
<b>*CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	129
<b>*CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	130
<b>*CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	133
<b>*CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN</b> .....	135
<b>*CORTICOSTEROIDS* - HORMONES</b> .....	142
<b>*COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS</b> .....	144
<b>*DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN</b> .....	146
<b>*DIAGNOSTIC PRODUCTS*</b> .....	161
<b>*DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS* - DRUGS FOR NUTRITION</b> .....	166
<b>*DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b> .....	166
<b>*DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	167
<b>*ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES</b> .....	168
<b>*ESTROGENS* - HORMONES</b> .....	178
<b>*FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	179
<b>*GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH</b> .....	180
<b>*GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b> .....	184
<b>*GENTOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b> .....	185
<b>*GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b> .....	187
<b>*HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD</b> .....	187
<b>*HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION</b> .....	193

<b>*HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD</b> .....	197
<b>*HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	198
<b>*LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH</b> .....	200
<b>*LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b> .....	204
<b>*MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	205
<b>*MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b> .....	206
<b>*MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	227
<b>*MINERALS &amp; ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION</b> .....	229
<b>*MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS</b> .....	233
<b>*MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b> .....	238
<b>*MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION</b> .....	239
<b>*MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b> .....	250
<b>*NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE</b> .....	252
<b>*NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b> .....	253
<b>*NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION</b> .....	255
<b>*OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE</b> .....	256
<b>*OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR</b> .....	265
<b>*OXYTOCICS* - HORMONES</b> .....	265
<b>*PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS</b> .....	266
<b>*PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	268
<b>*PHARMACEUTICAL ADJUVANTS*</b> .....	269
<b>*PROGESTINS* - HORMONES</b> .....	269
<b>*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b> .....	270
<b>*RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS</b> .....	278
<b>*SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	280
<b>*TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b> .....	280
<b>*THYROID AGENTS* - HORMONES</b> .....	281
<b>*TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS</b> .....	282
<b>*ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b> .....	282
<b>*URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b> .....	286
<b>*VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS</b> .....	287
<b>*VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN</b> .....	290
<b>*VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART</b> .....	291
<b>*VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION</b> .....	293



## Lista abierta de medicamentos tradicional – Sección Informativa

### Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La "**terapia escalonada (ST)**" es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección de conformidad con una solicitud de terapia escalonada.

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

## Preguntas frecuentes

### ¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos por mis beneficios?

Esta es una lista completa de todos los medicamentos en la lista de medicamentos. Sin embargo, es posible que un medicamento (s) en esta lista no esté cubierto, dependiendo del diseño de su plan.

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

### ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

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

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

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

### ¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?

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

<b>PSEUDOBULBAR AFFECT (PBA) AGENTS, NMDA ANTAGONISTS TYPE - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>
<b><i>NUEDEXTA ORAL CAPSULE (dextromethorphan)</i></b>

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

<b>AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS</b>
<b><i>amoxicillin oral capsule</i></b>

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

<b><i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia 28 Oral Tablet)</i></b>
---

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

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



### ¿Cuáles son mis opciones para obtener mis recetas?

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

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

### ¿Qué pasa si mi medicamento no está en la lista?

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

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

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

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

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

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

### ¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?

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

### ¿Qué es un medicamento especializado y cómo puedo obtenerlo?

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



### **¿Cambia la lista de medicamentos y cómo sabré si lo hace?**

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

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

### **¿Qué tipo de medicamentos puedo encontrar en el formulario?**

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

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

### **¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?**

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

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



## ¿Cómo sabré si mi medicamento está cubierto y cuánto me costará?

A través de Internet, con la herramienta [Precios de medicamentos](#), puede obtener información sobre la cobertura y los precios de los medicamentos de una serie de farmacias minoristas de su código postal.

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

## ¿Cómo promueve Anthem la seguridad?

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

Nuestros programas de edición clínica son:

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

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

## ¿Cómo inicia mi médico el proceso de autorización previa?

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

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

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



### ¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

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

A few more notes about the exception process:

- If we fail to respond to a completed prior authorization or step therapy exception request within 72 hours of receiving a non-urgent request and 24 hours of receiving a request based on exigent circumstances, the request is deemed approved, and we may not deny any subsequent requests for this medication.
- Don't worry, if you've changed policies, we won't ask you to repeat an approved step therapy request that is already being used to treat a medical condition provided that the drug is still appropriately prescribed and is considered safe and effective.

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

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

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





## KEY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuatro Niveles

CURRENT AS OF 11/1/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*ADHD AGENT - SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>guanfacine hcl</i> )	3	PA
ONYDA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE ( <i>clonidine hcl</i> )	3	ST
<b>*ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>atomoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>viloxazine hcl</i> )	3	ST
STRATTERA ORAL CAPSULE ( <i>atomoxetine hcl</i> )	3	PA
<b>*AMPHETAMINE MIXTURES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
ADDERALL ORAL TABLET 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG ( <i>amphetamine-dextroamphetamine</i> )	3	ST; DO
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG ( <i>amphetamine-dextroamphetamine</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ADDERALL ORAL TABLET 30 MG ( <i>amphetamine-dextroamphetamine</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 5 MG ( <i>amphetamine-dextroamphetamine</i> )	3	ST; DO
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 25 MG, 30 MG ( <i>amphetamine-dextroamphetamine</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>amphet-dextroamphet 3-bead er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>amphetamine-dextroamphetamine</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*AMPHETAMINES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE ( <i>amphetamine</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
DESOXYN ORAL TABLET ( <i>methamphetamine hcl</i> )	3	ST; QL (5 tablets per 1 day)
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DYANAVAL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE ( <i>amphetamine</i> )	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
DYANAVAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MG, 5 MG ( <i>amphetamine</i> )	3	ST; DO
DYANAVAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 20 MG ( <i>amphetamine</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 10 MG ( <i>amphetamine sulfate</i> )	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 5 MG ( <i>amphetamine sulfate</i> )	3	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methamphetamine hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (5 tablets per 1 day)
<i>procentra oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	2	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	2	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH ( <i>dextroamphetamine</i> )	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>zenzedi oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANALEPTICS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>caffeine citrate intravenous solution</i>	3	
<i>caffeine citrate oral solution</i>	1 or 1b*	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>doxapram hcl</i> )	3	
<b>*ANOREXIANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>phentermine-topiramate</i> )	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
ADIPEX-P ORAL TABLET ( <i>phentermine hcl</i> )	3	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<i>benzphetamine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diethylpropion hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
LOMAIRA ORAL TABLET ( <i>phentermine hcl</i> )	3	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
<i>phentermine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<i>phentermine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTI-OBESITY - GIP &amp; GLP-1 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>tirzepatide-weight management</i> )	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
<b>*ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>liraglutide - weight management</i> )	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>semaglutide-weight management</i> )	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
<b>*ANTI-OBESITY AGENT COMBINATIONS** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>naltrexone-bupropion hcl</i> )	3	PA; BE; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRI)*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER</b>		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG ( <i>solriamfetol hcl</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG ( <i>solriamfetol hcl</i> )	3	PA; DO
<b>*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER</b>		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG ( <i>pitolisant hcl</i> )	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG ( <i>pitolisant hcl</i> )	4	PA; LD; DO; SP
<b>*LIPASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>orlistat oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
XENICAL ORAL CAPSULE ( <i>orlistat</i> )	3	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
<b>*MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>setmelanotide acetate</i> )	4	PA; BE; QL (9 vials per 30 days)
<b>*STIMULANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
AZSTARYS ORAL CAPSULE ( <i>serdexmethylphen-dexmethylphen</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 50 MG, 60 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 54 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE ( <i>methylphenidate</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 10 MG/9HR, 15 MG/9HR ( <i>methylphenidate</i> )	3	ST; DO
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 20 MG/9HR, 30 MG/9HR ( <i>methylphenidate</i> )	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG ( <i>dexmethylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG ( <i>dexmethylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>dexmethylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG ( <i>dexmethylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
METADATE CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	PA; DO
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5ML ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (30 mL per 1 day)
METHYLIN ORAL SOLUTION 5 MG/5ML ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 patch per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG ( <i>armodafinil</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG ( <i>armodafinil</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG ( <i>modafinil</i> )	3	PA; DO
PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG ( <i>modafinil</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 20 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 30 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 40 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (12 mL per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG, 54 MG, 63 MG, 72 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; DO
RITALIN ORAL TABLET 20 MG ( <i>methylphenidate hcl</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>*ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>timothy grass pollen allergen</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL ( <i>peanut powder-dnfp</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 fill)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>short ragweed pollen ext</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*MIXED ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>dust mite mixed allergen ext</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>grass mix pollens allergen ext</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ALTERNATIVE MEDICINES* - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - AL'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>aloe vera leaf juice oral liquid</i>	1 or 1b*	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - BO'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>boswellia oral tablet</i>	2	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - CH'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>vitex fruit oral capsule</i>	2	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - GO'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - GR'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>grape seed oral capsule 100 mg</i>	2	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - LA'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
CALMAID ORAL CAPSULE ( <i>lavender oil</i> )	1 or 1b*	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - MA'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>maca root oral capsule</i>	2	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - ME'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>ft melatonin extra strength oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID ( <i>melatonin</i> )	1 or 1b*	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE - SA'S*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>saw palmetto berries oral capsule 585 mg</i>	2	
<b>*ALTERNATIVE MEDICINE COMBINATIONS - THREE INGREDIENTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>gnp cranberry plus prob w/vite oral tablet</i>	2	
<b>*AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*AMEBICIDES*** - DRUGS FOR PARASITES</b>		
SOLOSEC ORAL PACKET ( <i>secnidazole</i> )	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
<b>*AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*AMINOGLYCOSIDES*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>amikacin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION ( <i>amikacin sulfate liposome</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION ( <i>tobramycin</i> )	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE ( <i>paromomycin sulfate</i> )	3	PA
KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION ( <i>tobramycin</i> )	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION ( <i>tobramycin</i> )	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE ( <i>tobramycin</i> )	4	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml</i>	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml</i>	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>plazomicin sulfate</i> )	3	
<b>*ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>*ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
OLUMIANT ORAL TABLET ( <i>baricitinib</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION ( <i>upadacitinib</i> )	4	PA; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG ( <i>upadacitinib</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG ( <i>upadacitinib</i> )	4	PA; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION ( <i>tofacitinib citrate</i> )	4	PA; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET ( <i>tofacitinib citrate</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>tofacitinib citrate</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>methotrexate (anti-rheumatic)</i> )	4	PA; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>methotrexate (anti-rheumatic)</i> )	4	PA; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
<b>*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-afzb</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-afzb</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>adalimumab-afzb</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (1 pack per 1 fill); SP
<i>adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
<i>adalimumab-aacf(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml</i>	4	PA; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml</i>	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector</i>	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	4	PA; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (1 month per 6 one-time fills)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (1 month per 6 one-time fills)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-fkjp (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
<i>adalimumab-ryvk (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
<i>adalimumab-ryvk (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	4	PA; QL (2 syringes per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-atto</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-atto</i> )	4	PA; QL (2 autoinjector per 28 days); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>adalimumab-atto</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>adalimumab-atto</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>adalimumab-atto</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-adbm</i> )	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days)
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>adalimumab-adbm</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML ( <i>adalimumab-adbm</i> )	4	PA; QL (1 kit per 6 months)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-adbm</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML ( <i>adalimumab-adbm</i> )	4	PA; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-adbm</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>adalimumab-bwwd</i> )	4	PA; QL (2 autoinjectors per 28 days); SP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>adalimumab-bwwd</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-fkjp</i> )	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.4ML ( <i>adalimumab-fkjp</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-fkjp</i> )	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML ( <i>adalimumab</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapies); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>adalimumab</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for maintenance therapies); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED>=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UEVIT START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>adalimumab-adaz</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-aacf</i> )	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>adalimumab-aacf</i> )	4	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-aacf</i> )	4	PA; QL (1 pack per 1 fill); SP
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-aacf</i> )	4	PA; QL (1 pack per 1 fill); SP
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>golimumab</i> )	4	PA; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>golimumab</i> )	4	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>golimumab</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML ( <i>adalimumab-aaty</i> )	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML ( <i>adalimumab-aaty</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-aaty</i> )	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML ( <i>adalimumab-aaty</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML ( <i>adalimumab-aaty</i> )	4	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-aaty</i> )	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>adalimumab-aqvh</i> )	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
<b>*CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG ( <i>celecoxib</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
CELEBREX ORAL CAPSULE 400 MG ( <i>celecoxib</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*GOLD COMPOUNDS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
RIDAURA ORAL CAPSULE ( <i>auranofin</i> )	2	QL (3 capsules per 1 day)
<b>*INTERLEUKIN-1 BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>rilonacept</i> )	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
<b>*INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAGONIST (IL-1RA)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>anakinra</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 1 day)
<b>*INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>canakinumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
<b>*INTERLEUKIN-6 RECEPTOR INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>tocilizumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tocilizumab</i> )	4	PA; LD; SP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tocilizumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>sarilumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sarilumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
TOFIDENCE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tocilizumab-bavi</i> )	4	PA; SP
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tocilizumab-aazg</i> )	4	PA; SP
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>tocilizumab-aazg</i> )	4	PA; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tocilizumab-aazg</i> )	4	PA; QL (4 syringes per 28 days); SP
<b>*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50-0.2 MG ( <i>diclofenac-misoprostol</i> )	3	ST; QL (4 tablet per 1 day)
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 75-0.2 MG ( <i>diclofenac-misoprostol</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ibuprofen-acetaminophen</i> )	3	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
DUEXIS ORAL TABLET ( <i>ibuprofen-famotidine</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>naproxen-esomeprazole</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ANAPROX DS ORAL TABLET ( <i>naproxen sodium</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ibuprofen</i> )	3	
COXANTO ORAL CAPSULE ( <i>oxaprozin</i> )	3	QL (4 capsules per 1 day)
DAYPRO ORAL TABLET ( <i>oxaprozin</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral capsule</i>	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>naproxen</i> )	3	ST
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
FENOPROFEN CALCIUM ORAL CAPSULE 200 MG	3	ST; QL (6 capsule per 1 day)
<i>fenopropfen calcium oral capsule 400 mg</i>	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
<i>fenopropfen calcium oral tablet</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
FLANAX ORAL TABLET ( <i>naproxen sodium</i> )	1 or 1b*	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibu oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen lysine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
INDOCIN ORAL SUSPENSION ( <i>indomethacin</i> )	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY ( <i>indomethacin</i> )	3	ST; QL (4 suppositories per 1 day)
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral suspension</i>	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
<i>indomethacin rectal suppository 50 mg</i>	3	ST; QL (4 suppositories per 1 day)
<i>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (4 ML per 30 days)
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
KIPROFEN ORAL CAPSULE ( <i>ketoprofen</i> )	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
LODINE ORAL TABLET ( <i>etodolac</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lofena oral tablet</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mefenamic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
<i>meloxicam oral capsule</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>meloxicam oral suspension</i>	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
<i>meloxicam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NALFON ORAL CAPSULE ( <i>fenoprofen calcium</i> )	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
NALFON ORAL TABLET ( <i>fenoprofen calcium</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>naproxen sodium</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NAPROSYN ORAL SUSPENSION ( <i>naproxen</i> )	3	QL (60 mL per 1 day)
NAPROSYN ORAL TABLET ( <i>naproxen</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen oral suspension</i>	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ibuprofen lysine</i> )	3	
<i>oxaprozin oral capsule</i>	3	QL (4 capsules per 1 day)
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
RELAFEN DS ORAL TABLET ( <i>nabumetone</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SPRIX NASAL SOLUTION ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	3	ST; QL (5 bottle per 30 days)
<i>sulindac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TOLECTIN 600 ORAL TABLET ( <i>tolmetin sodium</i> )	3	ST
<i>tolmetin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
ZIPSOR ORAL CAPSULE ( <i>diclofenac potassium</i> )	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
<b>*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
OTEZLA ORAL TABLET ( <i>apremilast</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG ( <i>apremilast</i> )	4	PA; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG ( <i>apremilast</i> )	4	PA; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
<b>*PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ARAVA ORAL TABLET ( <i>leflunomide</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>leflunomide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*SELECTIVE COSTIMULATION MODULATORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>abatacept</i> )	4	PA; QL (4 Syringes per 28 days); SP
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>abatacept</i> )	4	PA; QL (4 vials per 28 days); SP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>abatacept</i> )	4	PA; QL (4 syringes per 28 days); SP
<b>*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>etanercept</i> )	4	PA; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>etanercept</i> )	4	PA; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML ( <i>etanercept</i> )	4	PA; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML ( <i>etanercept</i> )	4	PA; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>etanercept</i> )	4	PA; QL (4 pens per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>*ANALGESICS OTHER*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>acetaminophen intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*ANALGESICS-SEDATIVES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ALLZITAL ORAL TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen</i> )	3	QL (12 tablets per 1 day)
<i>bac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	3	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>esgic oral capsule</i>	3	QL (6 capsules per 1 day)
ESGIC ORAL TABLET ( <i>butalbital-apap-caffeine</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
FIORICET ORAL CAPSULE ( <i>butalbital-apap-caffeine</i> )	3	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tencon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<b>*SALICYLATES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>aspirin 81 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<b>*ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>*CODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
<i>ascomp-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE ( <i>butalbital-apap-caff-cod</i> )	3	AL; QL (6 capsules per 1 day)
<b>*DIHYDROCODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>trezix oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<b>*HYDROCODONE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<b>*OPIOID AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	3	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG	3	AL; QL (6 tablet per 1 day)
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>tramadol hcl</i> )	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION ( <i>meperidine hcl</i> )	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION ( <i>hydromorphone hcl</i> )	3	
DILAUDID ORAL LIQUID ( <i>hydromorphone hcl</i> )	3	QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET ( <i>hydromorphone hcl</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>sufentanil citrate</i> )	3	
<i>duramorph injection solution</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
<i>fentanyl citrate buccal tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml</i>	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 30 mg, 40 mg, 50 mg</i>	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml</i>	3	
<i>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	1 or 1b*	
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT ( <i>hydrocodone bitartrate</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION ( <i>morphine sulfate microinfusion</i> )	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION ( <i>morphine sulfate microinfusion</i> )	3	
<i>levorphanol tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>meperidine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>meperidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL (1 mL per 1 day)
<i>methadone hcl intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methadone hcl oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML ( <i>methadone hcl</i> )	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadose oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE ( <i>methadone hcl</i> )	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>mitigo injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1 or 1b*	
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	
<i>morphine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG, 200 MG ( <i>morphine sulfate</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 30 MG, 60 MG ( <i>morphine sulfate</i> )	3	PA; QL (3 tablet per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>tapentadol hcl</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG ( <i>tapentadol hcl</i> )	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG ( <i>tapentadol hcl</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>tapentadol hcl</i> )	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>oliceridine fumarate</i> )	3	
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG ( <i>oxycodone hcl</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG ( <i>oxycodone hcl</i> )	3	PA; QL (2 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION ( <i>tramadol hcl</i> )	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ROXICODONE ORAL TABLET ( <i>oxycodone hcl</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT 15 MG, 30 MG, 5 MG ( <i>oxycodone hcl</i> )	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>remifentanil hcl</i> )	3	
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 9 MG ( <i>oxycodone</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 27 MG, 36 MG ( <i>oxycodone</i> )	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
<b>*OPIOID COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
APADAZ ORAL TABLET ( <i>benzhydrocodone-acetaminophen</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
NALOCET ORAL TABLET	3	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-300 MG/5ML	3	QL (30 mL per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (30 ML per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 10-300 MG, 5-300 MG, 7.5-300 MG	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 2.5-300 MG	3	QL (6 tablet per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 7.5-325 MG ( <i>oxycodone-acetaminophen</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 5-325 MG ( <i>oxycodone-acetaminophen</i> )	3	QL (6 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROLATE ORAL SOLUTION ( <i>oxycodone-acetaminophen</i> )	3	QL (30 mL per 1 day)
PROLATE ORAL TABLET ( <i>oxycodone-acetaminophen</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
<b>*OPIOID PARTIAL AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
BELBUCA BUCCAL FILM ( <i>buprenorphine hcl</i> )	3	PA; QL (2 film per 1 day)
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>buprenorphine</i> )	4	QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>buprenorphine</i> )	4	QL (1 syringe per 28 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 package per 28 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>buprenorphine</i> )	3	PA; QL (1 package per 28 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 1 day)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>buprenorphine</i> )	4	QL (1 syringe per 28 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (2 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (16 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 4-1 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (8 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (4 films per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG ( <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*TRAMADOL COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
SEGLENTIS ORAL TABLET ( <i>celecoxib-tramadol hcl</i> )	3	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
<b>*ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES</b>		
<b>*ANDROGENS*** - DRUGS FOR MEN</b>		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL ( <i>testosterone</i> )	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; LD; SP
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>testosterone cypionate</i> )	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET	3	PA
<i>methyltestosterone oral capsule</i>	3	PA
NATESTO NASAL GEL ( <i>testosterone</i> )	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL ( <i>testosterone</i> )	3	PA; QL (1 packet per 1 day)
TESTOPEL IMPLANT PELLETT ( <i>testosterone</i> )	3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
TLANDO ORAL CAPSULE ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
UNDECATREX ORAL CAPSULE ( <i>testosterone undecanoate</i> )	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL ( <i>testosterone</i> )	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL ( <i>testosterone</i> )	3	PA; QL (1 tube per 1 day)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>testosterone enanthate</i> )	3	PA
<b>*ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<b>*INTRARECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
<i>budesonide rectal foam 2 mg/act</i>	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	3	QL (2.15 gram per 1 day)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	1 or 1b*	
UCERIS RECTAL FOAM ( <i>budesonide</i> )	3	QL (4.78 gm per 1 day)
<b>*NITRATE VASODILATING AGENTS*** - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>nitroglycerin rectal ointment</i>	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT ( <i>nitroglycerin</i> )	3	QL (1 unit per 1 day)
<b>*RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS</b>		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM ( <i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> )	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION ( <i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> )	3	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM ( <i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> )	3	
<b>*RECTAL LOCAL ANESTHETICS*** - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>eq hemorrhoid relief external cream</i>	1 or 1b*	
<b>*RECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS</b>		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM ( <i>hydrocortisone</i> )	3	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM ( <i>hydrocortisone</i> )	1 or 1b*	
<i>procto-med hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctosol hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctozone-hc external cream</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTHELMINTICS*** - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>albendazole oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET ( <i>praziquantel</i> )	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>mebendazole</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ivermectin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	1 or 1b*	
STROMEKTOL ORAL TABLET ( <i>ivermectin</i> )	3	QL (9 tablets per 1 fill)
<b>*ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>*ANTIANGINALS-OTHER*** - DRUGS FOR ANGINA</b>		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET ( <i>ranolazine</i> )	3	PA; QL (2 sachets per 1 day)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*NITRATES*** - DRUGS FOR ANGINA</b>		
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT ( <i>nitroglycerin</i> )	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR ( <i>nitroglycerin</i> )	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR ( <i>nitroglycerin</i> )	2	
<i>nitroglycerin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	1 or 1b*	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION ( <i>nitroglycerin</i> )	3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )	3	
<b>*ANTIANSIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*ANTIANSIETY AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR ANXIETY</b>		
<i>bupirone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>droperidol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>meprobamate oral tablet</i>	3	
<b>*BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE ( <i>alprazolam</i> )	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ATIVAN INJECTION SOLUTION ( <i>lorazepam</i> )	3	
ATIVAN ORAL TABLET ( <i>lorazepam</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diazepam injection solution 10 mg/2ml</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lorazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG, 1.5 MG ( <i>lorazepam</i> )	3	ST; DO
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG ( <i>lorazepam</i> )	3	ST; QL (2 capsule per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
VALIUM ORAL TABLET ( <i>diazepam</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX ORAL TABLET ( <i>alprazolam</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG ( <i>alprazolam</i> )	3	DO
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG ( <i>alprazolam</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>*ANTIARRHYTHMICS - MISC.*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A**** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>disopyramide phosphate</i> )	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NORPACE ORAL CAPSULE ( <i>disopyramide phosphate</i> )	3	
<i>procainamide hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<b>*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTIARRHYTHMICS TYPE III*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>amiodarone hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ibutilide fumarate</i> )	3	
<i>dofetilide oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ibutilide fumarate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET ( <i>dronedارone hcl</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amiodarone hcl in dextrose</i> )	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
TIKOSYN ORAL CAPSULE ( <i>dofetilide</i> )	3	
<b>*ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>*5-LIPOXYGENASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour</i>	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET ( <i>zileuton</i> )	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ADRENERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	3	ST; QL (1 package per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL ( <i>albuterol-budesonide</i> )	3	PA; QL (3 inhalers per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>umeclidinium-vilanterol</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL ( <i>glycopyrrolate-formoterol</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>fluticasone furoate-vilanterol</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> (Breyna Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL ( <i>budeson-glycopyrrol-formoterol</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>ipratropium-albuterol</i> )	2	QL (2 inhalers per 30 days)
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>aclidinium br-formoterol fum</i> )	3	ST; QL (1 unit per 25 days)
DULERA INHALATION AEROSOL ( <i>mometasone furo-formoterol fum</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>tiotropium bromide-olodaterol</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL ( <i>budesonide-formoterol fumarate</i> )	3	ST; QL (1.03 grams per 1 day)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT ( <i>fluticasone-umeclidin-vilant</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT ( <i>fluticasone-umeclidin-vilant</i> )	2	QL (2 EA per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
<b>*ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML ( <i>omalizumab</i> )	4	PA; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML ( <i>omalizumab</i> )	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML ( <i>omalizumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML ( <i>omalizumab</i> )	4	PA; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML ( <i>omalizumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>omalizumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
<b>*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
<b>*BETA ADRENERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (360 mL per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (60 vial per 30 days)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION ( <i>arformoterol tartrate</i> )	3	QL (60 vial per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>isoproterenol hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (90 vials per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFORMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION ( <i>formoterol fumarate</i> )	3	QL (120 ML per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>albuterol sulfate</i> )	2	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>salmeterol xinafoate</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>olodaterol hcl</i> )	3	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>terbutaline sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>terbutaline sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>albuterol sulfate</i> )	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL ( <i>levalbuterol tartrate</i> )	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
<b>*BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>ipratropium bromide hfa</i> )	2	QL (2 inhalers per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>umeclidinium bromide</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE ( <i>tiotropium bromide monohydrate</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>tiotropium bromide monohydrate</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>aclidinium bromide</i> )	3	ST; QL (0.04 EA per 1 day)
YUPELRI INHALATION SOLUTION ( <i>revefenacin</i> )	3	ST; QL (1 vial per 1 day)
<b>*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>benralizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML ( <i>benralizumab</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML ( <i>benralizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>mepolizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML ( <i>mepolizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML ( <i>mepolizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>mepolizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>reslizumab</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS**** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ACCOLATE ORAL TABLET ( <i>zafirlukast</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>montelukast sodium oral packet</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SINGULAIR ORAL PACKET ( <i>montelukast sodium</i> )	3	QL (1 packet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET ( <i>montelukast sodium</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>montelukast sodium</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*PHOSPHODIESTERASE 3 &amp; 4 (PDE3 &amp; PDE4) INHIBITORS**** - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION ( <i>ensifentrine</i> )	4	PA; QL (1 carton per 30 days); SP
<b>*SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS**** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
DALIRESP ORAL TABLET ( <i>roflumilast</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*STEROID INHALANTS**** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT ( <i>ciclesonide</i> )	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT ( <i>ciclesonide</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>fluticasone furoate</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT ( <i>mometasone furoate</i> )	3	ST; QL (0.04 EA per 1 day)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT ( <i>mometasone furoate</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL ( <i>mometasone furoate</i> )	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (4 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>budesonide</i> )	3	ST; QL (0.07 EA per 1 day)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML ( <i>budesonide</i> )	3	QL (120 ML per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML ( <i>budesonide</i> )	3	QL (60 ML per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT ( <i>beclomethasone diprop hfa</i> )	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT ( <i>beclomethasone diprop hfa</i> )	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<b>*THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>tezepelumab-ekko</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tezepelumab-ekko</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
<b>*XANTHINES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>aminophylline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR ( <i>theophylline</i> )	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG ( <i>theophylline</i> )	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG ( <i>theophylline</i> )	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG ( <i>theophylline</i> )	2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline oral elixir</i>	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
<i>theophylline oral solution</i>	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
<b>*ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<b>*COUMARIN ANTICOAGULANTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>jantoven oral tablet</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
<b>*DIRECT FACTOR XA INHIBITORS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>apixaban</i> )	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>apixaban</i> )	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG ( <i>apixaban</i> )	2	QL (74 tablets per 30 days)
SAVAYSA ORAL TABLET ( <i>edoxaban tosylate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rivaroxaban</i> )	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>rivaroxaban</i> )	2	QL (1 pack per 365 days)
<b>*HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>bd heparin posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%</i>	1 or 1b*	
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
<i>heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%	3	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>heparin sod (pork) lock flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML	3	
<b>*LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML ( <i>dalteparin sodium</i> )	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML ( <i>dalteparin sodium</i> )	3	QL (6 vials per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>dalteparin sodium</i> )	3	QL (30 syringes per 30 days)
LOVENOX INJECTION SOLUTION ( <i>enoxaparin sodium</i> )	3	QL (30 syringes per 30 days)
LOVENOX INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>enoxaparin sodium</i> )	3	QL (2 syringes per 1 day)
<b>*SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>fondaparinux sodium</i> )	3	QL (30 syringes per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
<b>*THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>bivalirudin trifluoroacetate</i> )	3	
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT &amp; REVERSIBLE*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule</i>	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE ( <i>dabigatran etexilate mesylate</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 110 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG ( <i>dabigatran etexilate mesylate</i> )	3	QL (4 packets per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 150 MG, 20 MG ( <i>dabigatran etexilate mesylate</i> )	3	QL (2 packets per 1 day)
<b>*ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*AMPA GLUTAMATE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION ( <i>perampanel</i> )	3	QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET ( <i>perampanel</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>clobazam oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
<i>clobazam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diazepam rectal gel</i>	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
KLONOPIN ORAL TABLET ( <i>clonazepam</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG ( <i>diazepam</i> )	3	PA; QL (10 films per 30 days)
LIBERVANT BUCCAL FILM 5 MG, 7.5 MG ( <i>diazepam</i> )	3	PA; DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NAYZILAM NASAL SOLUTION ( <i>midazolam (anticonvulsant)</i> )	3	PA; QL (10 mL per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION ( <i>clobazam</i> )	3	QL (16 mL per 1 day)
ONFI ORAL TABLET ( <i>clobazam</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG ( <i>clobazam</i> )	3	QL (2 film strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG ( <i>clobazam</i> )	3	QL (1 film strip per 1 day)
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID ( <i>diazepam</i> )	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK ( <i>diazepam</i> )	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK ( <i>diazepam</i> )	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID ( <i>diazepam</i> )	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
<b>*ANTICONVULSANTS - MISC.** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG ( <i>eslicarbazepine acetate</i> )	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG ( <i>eslicarbazepine acetate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION ( <i>rufinamide</i> )	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG ( <i>rufinamide</i> )	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG ( <i>rufinamide</i> )	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>brivaracetam</i> )	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION ( <i>brivaracetam</i> )	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET ( <i>brivaracetam</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG ( <i>carbamazepine</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG ( <i>carbamazepine</i> )	3	QL (5 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>stiripentol</i> )	4	PA; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG ( <i>stiripentol</i> )	4	PA; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG ( <i>stiripentol</i> )	4	PA; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG ( <i>stiripentol</i> )	4	PA; QL (6 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION ( <i>cannabidiol</i> )	4	PA; LD; SP
<i>epitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
EPRONTIA ORAL SOLUTION ( <i>topiramate</i> )	3	QL (16 mL per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION ( <i>fenfluramine hcl</i> )	4	PA; QL (26 mg per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule</i>	1 or 1b*	DO
<i>gabapentin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>levetiracetam</i> )	3	
KEPPRA ORAL SOLUTION ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (30 mL per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG, 750 MG ( <i>levetiracetam</i> )	3	DO
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 750 MG ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lacosamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lacosamide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>lacosamide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 42 X 50 MG & 14X100 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG, 200 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 25 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET ( <i>lamotrigine</i> )	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 35 X 25 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG, 84 X 25 MG & 14X100 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (28 tablets per 28 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 50 & 100 & 200 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (35 tablets per 35 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	DO
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG, 300 MG ( <i>lamotrigine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg &amp; 7 x 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine oral kit 25 &amp; 50 &amp; 100 mg, 42 x 50 mg &amp; 14x100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>levetiracetam intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levetiracetam oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	DO
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>pregabalin</i> )	3	QL (3 capsule per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG, 75 MG ( <i>pregabalin</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL SOLUTION ( <i>pregabalin</i> )	3	QL (30 mL per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG ( <i>lacosamide</i> )	3	DO
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG ( <i>lacosamide</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG ( <i>primidone</i> )	3	QL (8 tablets per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 50 MG ( <i>primidone</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL CAPSULE ( <i>gabapentin</i> )	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEURONTIN ORAL SOLUTION ( <i>gabapentin</i> )	3	QL (72 mL per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG ( <i>gabapentin</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 800 MG ( <i>gabapentin</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG ( <i>oxcarbazepine</i> )	3	DO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG ( <i>oxcarbazepine</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG ( <i>topiramate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG ( <i>topiramate</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG ( <i>topiramate</i> )	3	ST; DO
<i>roweepira oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG ( <i>levetiracetam</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>subvenite oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>subvenite starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>subvenite starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>subvenite starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION ( <i>carbamazepine</i> )	3	QL (50 mL per 1 day)
TEGRETOL ORAL TABLET ( <i>carbamazepine</i> )	3	QL (8 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG ( <i>carbamazepine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 400 MG ( <i>carbamazepine</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>topiramate</i> )	3	DO
TOPAMAX ORAL TABLET 200 MG ( <i>topiramate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE ( <i>topiramate</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION ( <i>oxcarbazepine</i> )	3	QL (40 mL per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG ( <i>oxcarbazepine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 600 MG ( <i>oxcarbazepine</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG ( <i>topiramate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG ( <i>topiramate</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG ( <i>topiramate</i> )	3	ST; DO
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>lacosamide</i> )	3	
VIMPAT ORAL SOLUTION ( <i>lacosamide</i> )	3	QL (40 mL per 1 day)
VIMPAT ORAL TABLET ( <i>lacosamide</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZONEGRAN ORAL CAPSULE ( <i>zonisamide</i> )	3	QL (6 capsule per 1 day)
ZONISADE ORAL SUSPENSION ( <i>zonisamide</i> )	3	QL (6 bottles per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION ( <i>ganaxolone</i> )	4	QL (10 bottles per 30 days)
<b>*CARBAMATES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>felbamate oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>felbamate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
FELBATOL ORAL TABLET ( <i>felbamate</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cenobamate</i> )	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cenobamate</i> )	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG ( <i>cenobamate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG ( <i>cenobamate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cenobamate</i> )	3	QL (1 pack per 28 days)
<b>*GABA MODULATORS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
SABRIL ORAL PACKET ( <i>vigabatrin</i> )	3	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
SABRIL ORAL TABLET ( <i>vigabatrin</i> )	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>vigabatrin oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
<i>vigabatrin oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<i>vigadrone oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION ( <i>vigabatrin</i> )	4	QL (25 mL per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
<b>*HYDANTOINS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
CEREBYX INJECTION SOLUTION ( <i>fosphenytoin sodium</i> )	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>phenytoin</i> )	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION ( <i>phenytoin</i> )	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION ( <i>phenytoin</i> )	3	
<i>fosphenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	1 or 1b*	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
<b>*SUCCINIMIDES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
CELONTIN ORAL CAPSULE ( <i>methsuximide</i> )	3	QL (4 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methsuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
ZARONTIN ORAL CAPSULE ( <i>ethosuximide</i> )	3	QL (6 capsules per 1 day)
ZARONTIN ORAL SOLUTION ( <i>ethosuximide</i> )	3	QL (30 mL per 1 day)
<b>*VALPROIC ACID*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG, 250 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG ( <i>divalproex sodium</i> )	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE ( <i>divalproex sodium</i> )	3	QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>valproate sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valproic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET ( <i>mirtazapine</i> )	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>mirtazapine</i> )	3	
<b>*ANTIDEPRESSANT - MISCELLANEOUS COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>dextromethorphan-bupropion</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANTIDEPRESSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG ( <i>bupropion hbr</i> )	3	ST; DO
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG ( <i>bupropion hbr</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL CAPSULE	3	ST
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	3	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
LEXAPRO ORAL TABLET ( <i>escitalopram oxalate</i> )	3	ST
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>paroxetine hcl</i> )	3	ST
PAXIL ORAL SUSPENSION ( <i>paroxetine hcl</i> )	3	ST
PAXIL ORAL TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	3	ST
PROZAC ORAL CAPSULE ( <i>fluoxetine hcl</i> )	3	ST
SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE	3	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE ( <i>sertraline hcl</i> )	3	ST
ZOLOFT ORAL TABLET ( <i>sertraline hcl</i> )	3	ST
<b>*SEROTONIN MODULATORS*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nefazodone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>vortioxetine hbr</i> )	2	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG ( <i>vortioxetine hbr</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>vilazodone hcl</i> )	3	ST; DO
VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG ( <i>vilazodone hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>vilazodone hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 20 MG ( <i>duloxetine hcl</i> )	3	PA; QL (6 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 30 MG ( <i>duloxetine hcl</i> )	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60 MG ( <i>duloxetine hcl</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST; DO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG ( <i>duloxetine hcl</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG ( <i>duloxetine hcl</i> )	3	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG ( <i>venlafaxine hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 37.5 MG ( <i>venlafaxine hcl</i> )	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG ( <i>venlafaxine hcl</i> )	3	ST; QL (3 capsules per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>levomilnacipran hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK ( <i>levomilnacipran hcl</i> )	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG ( <i>desvenlafaxine succinate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG ( <i>desvenlafaxine succinate</i> )	3	ST; DO
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG ( <i>nortriptyline hcl</i> )	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>nortriptyline hcl</i> )	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG ( <i>nortriptyline hcl</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<b>*ANTIDIABETICS* - HORMONES</b>		
<b>*ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>acarbose oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>miglitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<b>*ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>pramlintide acetate</i> )	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>pramlintide acetate</i> )	2	QL (2 boxes per 30 days)
<b>*ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES*** - HORMONES</b>		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>teplizumab-mzwp</i> )	4	PA
<b>*BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000 MG ( <i>metformin hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG ( <i>metformin hcl</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral solution</i>	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
METFORMIN HCL ORAL TABLET 625 MG	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION ( <i>metformin hcl</i> )	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<b>*DIABETIC OTHER*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER ( <i>glucagon</i> )	3	QL (2 packs per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER ( <i>glucagon</i> )	3	QL (1 pack per 30 days)
<i>diazoxide oral suspension</i>	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>glucagon</i> )	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>glucagon</i> )	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>glucagon</i> )	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>glucagon</i> )	3	QL (2 packs per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION ( <i>diazoxide</i> )	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>dasiglucagon hcl</i> )	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>dasiglucagon hcl</i> )	3	QL (1.2 mL per 30 days)
<b>*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET ( <i>sitagliptin phosphate</i> )	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONGLYZA ORAL TABLET ( <i>saxagliptin hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>saxagliptin hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sitagliptin oral tablet</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRADJENTA ORAL TABLET ( <i>linagliptin</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZITUVIO ORAL TABLET ( <i>sitagliptin</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET ( <i>sitagliptin-metformin hcl</i> )	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG ( <i>sitagliptin-metformin hcl</i> )	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG ( <i>sitagliptin-metformin hcl</i> )	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO ORAL TABLET ( <i>linagliptin-metformin hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ( <i>linagliptin-metformin hcl</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ( <i>linagliptin-metformin hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 2.5-1000 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sitagliptin base-metformin hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*HUMAN INSULIN*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
ADMELOG INJECTION SOLUTION ( <i>insulin lispro</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT ( <i>insulin regular human</i> )	3	PA; QL (9 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 4 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT ( <i>insulin regular human</i> )	3	PA; QL (18 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 60X4 & 60X8 & 60X12 UNIT, 8 UNIT ( <i>insulin regular human</i> )	3	PA; QL (12 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT ( <i>insulin regular human</i> )	3	PA; QL (1 EA per 12 days)
APIDRA INJECTION SOLUTION ( <i>insulin glulisine</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glulisine</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin aspart (w/niacinamide)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP INJECTION SOLUTION ( <i>insulin aspart (w/niacinamide)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>insulin aspart (w/niacinamide)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>insulin aspart (w/niacinamide)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION ( <i>insulin lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>insulin lispro</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro</i> )	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION ( <i>insulin regular human</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin regular human</i> )	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin regular human</i> )	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART PROT & ASPART SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 200 unit/ml</i>	3	ST; QL (18 mL per 30 days)
<i>insulin degludec subcutaneous solution</i>	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector</i>	3	ST; QL (12 mL per 30 days)
<i>insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml</i>	3	ST; QL (13.5 mL per 30 days)
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin glargine</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION ( <i>insulin lispro-aabc</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro-aabc</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro-aabc</i> )	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>insulin regular(human) in nacl</i> )	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin regular human</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin regular human</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION ( <i>insulin regular human</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION ( <i>insulin regular human</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin aspart prot &amp; aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION ( <i>insulin aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin aspart prot &amp; aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin aspart prot &amp; aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin aspart prot &amp; aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>insulin aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION ( <i>insulin aspart</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine-aglr</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin glargine-yfgn</i> )	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine-yfgn</i> )	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	2	QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	2	QL (13.5 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML ( <i>insulin degludec</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML ( <i>insulin degludec</i> )	2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin degludec</i> )	2	QL (30 mL per 30 days)
<b>*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP &amp; GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>tirzepatide</i> )	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
<b>*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ( <i>exenatide</i> )	3	PA; QL (4 vial per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>exenatide</i> )	3	PA; QL (0.08 mL per 1 day)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>exenatide</i> )	3	PA; QL (0.04 mL per 1 day)
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG ( <i>glipizide</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG ( <i>glipizide</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<b>*SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
DUETACT ORAL TABLET ( <i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET ( <i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> )	3	ST; QL (3 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<b>*THIAZOLIDINEDIONES*** - DRUGS FOR DIABETES</b>		
ACTOS ORAL TABLET ( <i>pioglitazone hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>*ANTIDIARRHEAL - CHLORIDE CHANNEL ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>crofelemer</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
<i>eq stomach relief oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>eq stomach relief oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
FORTIFY OPTIMA WOMENS ADV CARE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>probiotic product</i> )	2	
PRIMADOPHILUS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>probiotic product</i> )	1 or 1b*	
<i>probioflexx oral capsule</i>	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>surebiotic probiotic support oral capsule</i>	3	
<b>*ANTIPERISTALTIC AGENTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1 or 1b*	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1 or 1b*	
LOMOTIL ORAL TABLET ( <i>diphenoxylate-atropine</i> )	3	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET ( <i>difenoxin-atropine</i> )	3	
<b>*ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
<b>*ANTIDOTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT ( <i>sodium nitrite-sod thiosulfate</i> )	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>neostigmine-glycopyrrolate</i> )	3	
<b>*ANTIDOTES - CHELATING AGENTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE ( <i>succimer</i> )	3	
<i>deferasirox granules oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet soluble</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferiprone oral tablet</i>	4	PA; LD
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>deferasirox</i> )	4	PA; LD; SP
FERRIPROX ORAL SOLUTION ( <i>deferiprone</i> )	4	PA
FERRIPROX ORAL TABLET ( <i>deferiprone</i> )	4	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET ( <i>deferiprone</i> )	4	PA
JADENU ORAL TABLET ( <i>deferasirox</i> )	4	PA; LD; SP
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET ( <i>deferasirox</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>acetylcysteine</i> )	3	
<i>acetylcysteine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coag fact xa inactivated-zhzo</i> )	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sugammadex sodium</i> )	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>hydroxocobalamin</i> )	3	
<i>deferoxamine mesylate injection solution reconstituted</i>	4	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>deferoxamine mesylate</i> )	4	SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>digoxin immune fab</i> )	3	
<i>edetate calcium disodium injection solution</i>	3	
<i>fomepizole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue (antidote) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution prefilled syringe</i>	3	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>idarucizumab</i> )	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pralidoxime chloride</i> )	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>methylene blue (antidote)</i> )	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE ( <i>prussian blue insoluble</i> )	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>sugammadex sodium intravenous solution prefilled syringe 100 mg/ml</i>	3	
VISTOGARD ORAL PACKET ( <i>uridine triacetate</i> )	3	PA; QL (20 packets per 30 days)
<b>*BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
<i>flumazenil intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
KLOXXADO NASAL LIQUID ( <i>naloxone hcl</i> )	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>nalmefene hcl injection solution</i>	3	QL (20 mL per 150 days)
<i>naloxone hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 syringes per 3 months)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
OPVEE NASAL SOLUTION ( <i>nalmefene hcl</i> )	2	QL (3 cartons per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID ( <i>naloxone hcl</i> )	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>naltrexone</i> )	4	QL (1 vial per 28 days)
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>naloxone hcl</i> )	2	QL (6 syringes per 3 monthss)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>*5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
ANZEMET ORAL TABLET ( <i>dolasetron mesylate</i> )	3	QL (5 tablets per 30 days)
<i>granisetron hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>granisetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (8 mL per 1 day)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 30 days)
PALONOSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION 0.25 MG/2ML	3	PA
<i>palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>palonosetron hcl</i> )	3	PA
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH ( <i>granisetron</i> )	3	QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE ( <i>granisetron</i> )	3	
<b>*ANTIEMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>fosnetupitant-palonosetron</i> )	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>fosnetupitant-palonosetron</i> )	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>fosnetupitant-palonosetron</i> )	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE ( <i>netupitant-palonosetron</i> )	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>doxylamine-pyridoxine</i> )	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>doxylamine-pyridoxine</i> )	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<b>*ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
ANTIVERT ORAL TABLET ( <i>meclizine hcl</i> )	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>meclizine hcl</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1a*	
<i>meclizine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>trimethobenzamide hcl</i> )	3	
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR ( <i>scopolamine base</i> )	3	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amisulpride (antiemetic)</i> )	3	
<b>*ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
<i>dronabinol oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE ( <i>dronabinol</i> )	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION ( <i>dronabinol</i> )	3	QL (8 mL per 1 day)
<b>*SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION ( <i>aprepitant</i> )	3	
<i>aprepitant oral</i>	1 or 1b*	QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 fill)
<i>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 25 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION ( <i>aprepitant</i> )	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	3	PA; QL (5 vial per 30 days)
EMEND ORAL CAPSULE ( <i>aprepitant</i> )	3	QL (10 capsules per 25 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>aprepitant</i> )	3	QL (15 kit per 30 days)
EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE ( <i>aprepitant</i> )	3	QL (15 capsules per 25 days)
<i>focinvez intravenous solution</i>	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>rolapitant hcl</i> )	3	QL (4 capsules per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS)*** - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>casprofungin acetate</i> )	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>anidulafungin</i> )	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <i>micafungin sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>micafungin sodium</i> )	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>rezafungin acetate</i> )	3	
<b>*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOID)*** - ANTIBIOTICS</b>		
BREXAFEMME ORAL TABLET ( <i>ibrexafungerp citrate</i> )	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
<b>*ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION ( <i>amphotericin b lipid</i> )	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>amphotericin b liposome</i> ) <i>amphotericin b intravenous solution reconstituted</i>	3 1 or 1b*	
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE ( <i>flucytosine</i> ) <i>flucytosine oral capsule</i>	3 1 or 1b*	PA PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nystatin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*IMIDAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*TETRAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>oteseconazole</i> )	3	PA; QL (1 carton per 4 monthss)
<b>*TRIAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>isavuconazonium sulfate</i> )	3	PA; QL (1 vial per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG ( <i>isavuconazonium sulfate</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CRESEMBA ORAL CAPSULE 74.5 MG ( <i>isavuconazonium sulfate</i> )	3	PA; QL (5 capsules per 1 day)
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>fluconazole</i> )	3	QL (10 mL per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG ( <i>fluconazole</i> )	3	QL (4 tablet per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 200 MG ( <i>fluconazole</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.9 MG/50ML-%	3	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<i>itraconazole oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
<i>itraconazole oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>posaconazole</i> )	3	
NOXAFIL ORAL PACKET ( <i>posaconazole</i> )	3	PA; QL (31 packet per 30 days)
NOXAFIL ORAL SUSPENSION ( <i>posaconazole</i> )	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>posaconazole</i> )	3	PA; QL (93 tablets per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>posaconazole oral suspension</i>	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
<i>posaconazole oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (93 tablets per 30 days)
SPORANOX ORAL CAPSULE ( <i>itraconazole</i> )	3	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
SPORANOX ORAL SOLUTION ( <i>itraconazole</i> )	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
TOLSURA ORAL CAPSULE	3	PA; QL (126 capsules per 30 days)
VFEND IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>voriconazole</i> )	3	
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>voriconazole</i> )	3	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
VFEND ORAL TABLET ( <i>voriconazole</i> )	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<b>*ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>*ANTIHISTAMINES - ALKYLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>eq allergy relief oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	
<i>ryclora oral solution</i>	3	ST

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIHIISTAMINES - ETHANOLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>carbinoxamine maleate er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	1 or 1b*	ST
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	ST
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE ( <i>carbinoxamine maleate</i> )	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
RYVENT ORAL TABLET ( <i>carbinoxamine maleate</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<b>*ANTIHIISTAMINES - NON-SEDATING*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>cetirizine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET ( <i>desloratadine</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq allergy relief childrens oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mm allergy relief 24 hour oral tablet</i>	1 or 1b*	
QUZYTIR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cetirizine hcl</i> )	3	
<b>*ANTIHIISTAMINES - PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION ( <i>promethazine hcl</i> )	3	
<i>promethazine hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>promethazine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
<b>*ANTIHIISTAMINES - PIPERIDINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>*ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
NEXLIZET ORAL TABLET ( <i>bempedoic acid-ezetimibe</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
NEXLETOL ORAL TABLET ( <i>bempedoic acid</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>evinacumab-dgnb</i> )	4	PA
<b>*ANTHYPERLIPIDEMICS - MISC.*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
LOVAZA ORAL CAPSULE ( <i>omega-3-acid ethyl esters</i> )	3	PA; QL (4 capsule per 1 day)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM ( <i>icosapent ethyl</i> )	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM ( <i>icosapent ethyl</i> )	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
<b>*BILE ACID SEQUESTRANTS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>cholestyramine light oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>cholestyramine light oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>cholestyramine oral packet</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine oral powder</i>	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	3	QL (1 packet per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES ( <i>colestipol hcl</i> )	3	QL (45 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET ( <i>colestipol hcl</i> )	3	QL (16 tablets per 1 day)
<i>colestipol hcl oral granules</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral packet</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>prevalite oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>prevalite oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER ( <i>cholestyramine light</i> )	3	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET ( <i>cholestyramine</i> )	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER ( <i>cholestyramine</i> )	3	QL (54 gm per 1 day)
WELCHOL ORAL PACKET ( <i>colesevelam hcl</i> )	3	QL (1 packet per 1 day)
WELCHOL ORAL TABLET ( <i>colesevelam hcl</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*FIBRIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
FENOGLIDE ORAL TABLET ( <i>fenofibrate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET ( <i>fenofibric acid</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE ( <i>fenofibrate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET ( <i>gemfibrozil</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET ( <i>fenofibrate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>choline fenofibrate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*HMG COA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG ( <i>lovastatin</i> )	3	ST; DO
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG ( <i>lovastatin</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION ( <i>atorvastatin calcium</i> )	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	3	ST; DO
CRESTOR ORAL TABLET 40 MG ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	3	ST; DO
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG ( <i>rosuvastatin calcium</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION	3	ST; QL (5 mL per 1 day)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	3; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	DO
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>fluvastatin sodium</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG ( <i>atorvastatin calcium</i> )	3	ST; DO
LIPITOR ORAL TABLET 80 MG ( <i>atorvastatin calcium</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG ( <i>pitavastatin calcium</i> )	3	ST; DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIVALO ORAL TABLET 4 MG ( <i>pitavastatin calcium</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	ST; DO
<i>pitavastatin calcium oral tablet 4 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>simvastatin</i> )	3	ST; DO
ZOCOR ORAL TABLET 40 MG ( <i>simvastatin</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG ( <i>pitavastatin magnesium</i> )	3	ST; DO
ZYPITAMAG ORAL TABLET 4 MG ( <i>pitavastatin magnesium</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VYTORIN ORAL TABLET ( <i>ezetimibe-simvastatin</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET ( <i>ezetimibe</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG ( <i>lomitapide mesylate</i> )	3	PA; DO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG ( <i>lomitapide mesylate</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<b>*NICOTINIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>niacin (antihyperlipidemic) oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>niacor oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
<b>*PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>alirocumab</i> )	3	PA; QL (2 pens per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG ( <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET ( <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG ( <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> )	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG ( <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG ( <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ACE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>quinapril hcl</i> )	3	DO
ACCUPRIL ORAL TABLET 40 MG ( <i>quinapril hcl</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 2.5 MG, 5 MG ( <i>ramipril</i> )	3	DO
ALTACE ORAL CAPSULE 10 MG ( <i>ramipril</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>benazepril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION ( <i>enalapril maleate</i> )	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>benazepril hcl</i> )	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG ( <i>benazepril hcl</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION ( <i>lisinopril</i> )	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG ( <i>enalapril maleate</i> )	3	DO
VASOTEC ORAL TABLET 20 MG ( <i>enalapril maleate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG ( <i>lisinopril</i> )	3	DO
ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG ( <i>lisinopril</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
DEMSEER ORAL CAPSULE ( <i>metyrosine</i> )	3	PA; QL (16 capsules per 1 day); SP
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE ( <i>phenoxybenzamine hcl</i> )	3	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>metyrosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (16 capsules per 1 day); SP
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>phentolamine mesylate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG &amp; CA CHANNEL BLOCKER COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	1 or 1b*	DO
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG ( <i>amlodipine-olmesartan</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
AZOR ORAL TABLET 5-20 MG ( <i>amlodipine-olmesartan</i> )	3	DO
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG ( <i>amlodipine besylate-valsartan</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG ( <i>amlodipine besylate-valsartan</i> )	3	DO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<b>*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG ( <i>candesartan cilexetil-hctz</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ATACAND HCT ORAL TABLET 32-12.5 MG, 32-25 MG ( <i>candesartan cilexetil-hctz</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG ( <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 300-12.5 MG ( <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG ( <i>olmesartan medoxomil-hctz</i> )	3	DO
BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG ( <i>olmesartan medoxomil-hctz</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG ( <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> )	3	DO
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG ( <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET ( <i>azilsartan-chlorthalidone</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG ( <i>losartan potassium-hctz</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG ( <i>losartan potassium-hctz</i> )	3	DO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG ( <i>telmisartan-hctz</i> )	3	DO
MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-12.5 MG ( <i>telmisartan-hctz</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-25 MG ( <i>telmisartan-hctz</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ATACAND ORAL TABLET 16 MG ( <i>candesartan cilexetil</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ATACAND ORAL TABLET 32 MG ( <i>candesartan cilexetil</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
ATACAND ORAL TABLET 4 MG, 8 MG ( <i>candesartan cilexetil</i> )	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 75 MG ( <i>irbesartan</i> )	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 300 MG ( <i>irbesartan</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 5 MG ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	3	DO
BENICAR ORAL TABLET 40 MG ( <i>olmesartan medoxomil</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
COZAAR ORAL TABLET 100 MG ( <i>losartan potassium</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COZAAR ORAL TABLET 25 MG ( <i>losartan potassium</i> )	3	DO
COZAAR ORAL TABLET 50 MG ( <i>losartan potassium</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG ( <i>valsartan</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 320 MG ( <i>valsartan</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG ( <i>valsartan</i> )	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 40 MG ( <i>azilsartan medoxomil</i> )	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG ( <i>azilsartan medoxomil</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>losartan potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG ( <i>telmisartan</i> )	3	DO
MICARDIS ORAL TABLET 80 MG ( <i>telmisartan</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VALSARTAN ORAL SOLUTION	1 or 1b*	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
<b>*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	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 ( <i>amlodipine-valsartan-hctz</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG ( <i>amlodipine-valsartan-hctz</i> )	3	DO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG ( <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> )	3	DO
TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG ( <i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>clonidine</i> )	3	QL (0.29 patches per 1 day)
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>clonidine</i> )	3	QL (0.29 patches per 1 day)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>clonidine</i> )	3	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>clonidine er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>clonidine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>clonidine</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<b>*ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG ( <i>doxazosin mesylate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG ( <i>doxazosin mesylate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<b>*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
VECAMYL ORAL TABLET ( <i>mecamylamine hcl</i> )	3	
<b>*BETA BLOCKER &amp; DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 100 ORAL TABLET ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*DIRECT RENIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TEKTRNA ORAL TABLET 150 MG ( <i>aliskiren fumarate</i> )	3	DO
TEKTRNA ORAL TABLET 300 MG ( <i>aliskiren fumarate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
TRYVIO ORAL TABLET ( <i>aproцитentan</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>eplerenone oral tablet</i>	1 or 1b*	
INSPIRA ORAL TABLET ( <i>eplerenone</i> )	3	
<b>*VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>hydralazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>minoxidil oral tablet</i>	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>nitroprusside sodium-nacl</i> )	3	
<i>nitroprusside sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nitroprusside sodium-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium nitroprusside intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>rifamycin sodium</i> )	3	PA; QL (12 tablets per 30 days)
FLAGYL ORAL CAPSULE ( <i>metronidazole</i> )	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE ( <i>miltefosine</i> )	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
LIKMEZ ORAL SUSPENSION ( <i>metronidazole</i> )	3	PA
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>metronidazole oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>metronidazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pentamidine isethionate</i> )	3	
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pentamidine isethionate</i> )	4	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	4	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG ( <i>rifaximin</i> )	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG ( <i>rifaximin</i> )	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS</b>		
BACTRIM DS ORAL TABLET ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	3	
BACTRIM ORAL TABLET ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1 or 1a*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>sulfatrim pediatric oral suspension</i>	1 or 1a*	
<b>*ANTIPROTOZOAL AGENTS*** - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>atovaquone oral suspension</i>	1 or 1b*	
LAMPIT ORAL TABLET ( <i>nifurtimox</i> )	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION ( <i>atovaquone</i> )	3	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
<b>*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>sulbactam sod-durlobactam sod</i> )	3	
<b>*CARBAPENEM COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>imipenem-cilastatin</i> )	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>imipenem-cilastatin-relebactam</i> )	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>meropenem-vaborbactam</i> )	3	
<b>*CARBAPENEMS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<b>*CHLORAMPHENICALS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*CYCLIC LIPOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS</b>		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>daptomycin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
<b>*GLYCOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS</b>		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>dalbavancin hcl</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>clindamycin palmitate hcl</i> )	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION ( <i>clindamycin phosphate</i> )	3	
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION ( <i>lincomycin hcl</i> )	3	
<i>lincomycin hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<b>*MONOBACTAMS*** - ANTIBIOTICS</b>		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>aztreonam</i> )	3	
<i>aztreonam injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>aztreonam lysine</i> )	4	LD; QL (3 vials per 1 day); SP
<b>*OXAZOLIDINONES*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution</i>	3	
<i>linezolid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>tedizolid phosphate</i> )	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET ( <i>tedizolid phosphate</i> )	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>linezolid</i> )	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>linezolid</i> )	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET ( <i>linezolid</i> )	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
<b>*POLYMYXINS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>colistimethate sodium</i> )	3	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>fosfomicin tromethamine oral packet</i>	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET ( <i>methenamine hippurate</i> )	3	
MACROBID ORAL CAPSULE ( <i>nitrofurantoin monohyd macro</i> )	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE ( <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> )	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml</i>	3	
<b>*ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTIMALARIAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET ( <i>artemether-lumefantrine</i> )	3	
MALARONE ORAL TABLET ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	3	
<b>*ANTIMALARIALS*** - DRUGS FOR PARASITES</b>		
ARAKODA ORAL TABLET ( <i>tafenoquine succinate</i> )	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET ( <i>pyrimethamine</i> )	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET ( <i>tafenoquine succinate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 fill)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PLAQUENIL ORAL TABLET ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE ( <i>quinine sulfate</i> )	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<b>*ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>neostigmine methylsulfate</i> )	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET ( <i>amifampridine phosphate</i> )	4	PA; QL (10 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL SOLUTION ( <i>pyridostigmine bromide</i> )	3	
MESTINON ORAL TABLET ( <i>pyridostigmine bromide</i> )	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>pyridostigmine bromide</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	3	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pyridostigmine bromide</i> )	3	
<b>*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cycloserine oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isoniazid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral syrup</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral tablet</i>	1 or 1a*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET ( <i>rifapentine</i> )	2	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>rifabutin oral capsule</i>	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>rifampin</i> )	3	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>rifampin oral capsule</i>	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET ( <i>bedaquiline fumarate</i> )	3	
TRECTOR ORAL TABLET ( <i>ethionamide</i> )	3	
<b>*ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER</b>		
<b>*ALKYLATING AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bendamustine hcl</i> )	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bendamustine hcl</i> )	3	PA; LD; SP
<i>busulfan intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>busulfan</i> )	3	SP
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
MYLERAN ORAL TABLET ( <i>busulfan</i> )	2; OC	OC
<i>oxaliplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>paraplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>thiotepa</i> )	3	SP
<i>thiotepa injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>bendamustine hcl</i> )	3	PA; LD; SP
<i>vivimusta intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>lurbnectedin</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
YONSA ORAL TABLET ( <i>abiraterone acetate micronized</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG ( <i>abiraterone acetate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG ( <i>abiraterone acetate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*ANTIADRENALS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
LYSODREN ORAL TABLET ( <i>mitotane</i> )	2; OC	QL (38 tablet per 1 day); OC
<b>*ANTIANDROGENS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
CASODEX ORAL TABLET ( <i>bicalutamide</i> )	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG ( <i>apalutamide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG ( <i>apalutamide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
EULEXIN ORAL CAPSULE ( <i>flutamide</i> )	3; OC	OC
NILANDRON ORAL TABLET ( <i>nilutamide</i> )	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>nilutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET ( <i>darolutamide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE ( <i>enzalutamide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG ( <i>enzalutamide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG ( <i>enzalutamide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIESTROGENS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
FARESTON ORAL TABLET ( <i>toremifene citrate</i> )	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
SOLTAMOX ORAL SOLUTION ( <i>tamoxifen citrate</i> )	2; OC; \$0	OC
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	OC
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>*ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pemetrexed disodium</i> )	3	PA; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>nelarabine</i> )	3	SP
<i>azacitidine injection suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>capecitabine oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
<i>cladribine intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>clofarabine intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>cytarabine (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>cytarabine injection solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>decitabine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>floxuridine injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>fludarabine phosphate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>fluorouracil intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pralatrexate</i> )	3	SP
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
JYLAMVO ORAL SOLUTION ( <i>methotrexate</i> )	3; OC	PA; OC
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	OC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methotrexate sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	OC
<i>nelarabine intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
ONUREG ORAL TABLET ( <i>azacitidine</i> )	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 28 days); SP; OC
<i>pemetrexed disodium intravenous solution</i>	3	PA; SP
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; SP
<i>pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted</i>	3	PA; SP
<i>pemetrexed intravenous solution 1 gm/40ml, 100 mg/4ml</i>	3	PA; SP
<i>pemetrexed intravenous solution 500 mg/20ml</i>	3	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pemetrexed</i> )	3	PA
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pemetrexed disodium</i> )	3	PA; SP
PURIXAN ORAL SUSPENSION ( <i>mercaptopurine</i> )	3; OC	PA; LD; OC
TABLOID ORAL TABLET ( <i>thioguanine</i> )	2; OC	OC
TREXALL ORAL TABLET ( <i>methotrexate sodium</i> )	2; OC	ST; OC
VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>azacitidine</i> )	3	PA; LD; SP
XATMEP ORAL SOLUTION ( <i>methotrexate</i> )	3; OC	PA; OC
XELODA ORAL TABLET ( <i>capecitabine</i> )	3; OC	PA; LD; SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
TRUQAP ORAL TABLET ( <i>capivasertib</i> )	3; OC	PA; QL (64 capsules per 28 days); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ALECENSA ORAL CAPSULE ( <i>alectinib hcl</i> )	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG ( <i>brigatinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG ( <i>brigatinib</i> )	2; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG ( <i>brigatinib</i> )	2; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>brigatinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 pack per 30 days); OC
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG ( <i>lorlatinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG ( <i>lorlatinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE ( <i>crizotinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG ( <i>crizotinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG ( <i>crizotinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG ( <i>crizotinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYKADIA ORAL TABLET ( <i>ceritinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>mogamulizumab-kpkc</i> )	3	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>naxitamab-gqgk</i> )	3	PA
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>dinutuximab</i> )	3	
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trastuzumab</i> )	3	LD; SP
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trastuzumab-pkrb</i> )	3	ST; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trastuzumab-anns</i> )	3	LD; SP
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>margetuximab-cmkb</i> )	3	PA; LD; SP
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trastuzumab-dkst</i> )	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trastuzumab-dttb</i> )	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pertuzumab</i> )	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trastuzumab-qyyp</i> )	3	ST; SP
TUKYSA ORAL TABLET ( <i>tucatinib</i> )	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>enfortumab vedotin-ejfv</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>dostarlimab-gxly</i> )	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pembrolizumab</i> )	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cemiplimab-rwlc</i> )	3	PA
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>toripalimab-tpzi</i> )	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>nivolumab</i> )	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tislelizumab-jsgr</i> )	3	PA; SP
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>retifanlimab-dlwr</i> )	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>avelumab</i> )	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>durvalumab</i> )	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>atezolizumab</i> )	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>elotuzumab</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>tisotumab vedotin-tftv</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG ( <i>venetoclax</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG ( <i>venetoclax</i> )	3; OC	PA; QL (6 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG ( <i>venetoclax</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>venetoclax</i> )	3; OC	PA; QL (1 pack per 365 days); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>bosutinib</i> )	2; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>bosutinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG ( <i>bosutinib</i> )	2; OC	PA; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG ( <i>bosutinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GLEEVEC ORAL TABLET ( <i>imatinib mesylate</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG ( <i>asciminib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG ( <i>asciminib hcl</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
SPRYCEL ORAL TABLET ( <i>dasatinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE ( <i>nilotinib hcl</i> )	2; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>blinatumomab</i> )	3	PA; LD; SP
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>glofitamab-gxbm</i> )	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>elranatamab-bcmm</i> )	3	PA
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>epcoritamab-bysp</i> )	3	PA
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>tarlatamab-dlle</i> )	3	PA; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tebentafusp-tebn</i> )	3	PA
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>mosunetuzumab-axgb</i> )	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>talquetamab-tgvs</i> )	3	PA
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>teclistamab-cqyv</i> )	3	PA
<b>*ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE ( <i>encorafenib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>ovorafenib</i> )	3; OC	PA; QL (8 bottles per 28 days); OC
OJEMDA ORAL TABLET ( <i>ovorafenib</i> )	3; OC	PA; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE ( <i>dabrafenib mesylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>dabrafenib mesylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (15 tablets per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET ( <i>vemurafenib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BRUKINSA ORAL CAPSULE ( <i>zanubrutinib</i> )	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET ( <i>acalabrutinib maleate</i> )	2; OC	PA; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG ( <i>ibrutinib</i> )	2; OC	PA; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG ( <i>ibrutinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION ( <i>ibrutinib</i> )	2; OC	PA; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET ( <i>ibrutinib</i> )	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG ( <i>pirtobrutinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG ( <i>pirtobrutinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cetuximab</i> )	3	PA; SP
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<i>gefitinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GILOTRIF ORAL TABLET ( <i>afatinib dimaleate</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
IRESSA ORAL TABLET ( <i>gefitinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG ( <i>lazertinib mesylate</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG ( <i>lazertinib mesylate</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>necitumumab</i> )	3	LD; SP
TAGRISSE ORAL TABLET ( <i>osimertinib mesylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TARCEVA ORAL TABLET ( <i>erlotinib hcl</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>panitumumab</i> )	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET ( <i>dacomitinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG ( <i>erdafitinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG ( <i>erdafitinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG ( <i>erdafitinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>futibatinib</i> )	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>futibatinib</i> )	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>futibatinib</i> )	3; OC	PA; QL (5 tablets per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG ( <i>pemigatinib</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 4.5 MG, 9 MG ( <i>pemigatinib</i> )	3; OC	PA; QL (14 tablets per 21 days); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG ( <i>nirogacestat hydrobromide</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG ( <i>nirogacestat hydrobromide</i> )	3; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG ( <i>glasdegib maleate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG ( <i>glasdegib maleate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE ( <i>vismodegib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ODOMZO ORAL CAPSULE ( <i>sonidegib phosphate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
WELIREG ORAL TABLET ( <i>belzutifan</i> )	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>belinostat</i> )	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>romidepsin</i> )	3	PA; LD; SP
<i>romidepsin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE ( <i>vorinostat</i> )	2; OC	PA; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
AKEEGA ORAL TABLET ( <i>niraparib-abiraterone acetate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
POMALYST ORAL CAPSULE ( <i>pomalidomide</i> )	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
KRAZATI ORAL TABLET ( <i>adagrasib</i> )	3; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG ( <i>sotorasib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP; OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG ( <i>sotorasib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
COTELLIC ORAL TABLET ( <i>cobimetinib fumarate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG ( <i>selumetinib sulfate</i> )	3; OC	PA; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG ( <i>selumetinib sulfate</i> )	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
MEKTOVI ORAL TABLET ( <i>binimetinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
TABRECTA ORAL TABLET ( <i>capmatinib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET ( <i>tepotinib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
TAZVERIK ORAL TABLET ( <i>tazemetostat hbr</i> )	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>everolimus</i> )	3; OC	PA; SP; OC
AFINITOR ORAL TABLET ( <i>everolimus</i> )	3; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>sirolimus protein-bound part</i> )	3	PA
<i>temsirolimus intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>temsirolimus</i> )	3	PA; SP
<i>everolimus</i> (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
CABOMETYX ORAL TABLET ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG ( <i>vandetanib</i> )	2; OC	PA; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG ( <i>vandetanib</i> )	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE ( <i>tivozanib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (21 capsules per 28 days); OC
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET ( <i>neratinib maleate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
NEXAVAR ORAL TABLET ( <i>sorafenib tosylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>pazopanib hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QINLOCK ORAL TABLET ( <i>ripretinib</i> )	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
RYDAPT ORAL CAPSULE ( <i>midostaurin</i> )	3; OC	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET ( <i>regorafenib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
SUTENT ORAL CAPSULE ( <i>sunitinib malate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
TURALIO ORAL CAPSULE ( <i>pepidartinib hcl</i> )	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
TYKERB ORAL TABLET ( <i>lapatinib ditosylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
VANFLYTA ORAL TABLET ( <i>quizartinib dihydrochloride</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
VOTRIENT ORAL TABLET ( <i>pazopanib hcl</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
XOSPATA ORAL TABLET ( <i>gilteritinib fumarate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
RYBREVA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amivantamab-vmjw</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
AYVAKIT ORAL TABLET ( <i>avapritinib</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	3	PA; SP
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; SP
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>carfilzomib</i> )	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE ( <i>ixazomib citrate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 28 days); SP; OC
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>bortezomib</i> )	3	PA; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
GAVRETO ORAL CAPSULE ( <i>pralsetinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG ( <i>selpercatinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG ( <i>selpercatinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG ( <i>selpercatinib</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG ( <i>selpercatinib</i> )	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
AUGTYRO ORAL CAPSULE ( <i>repotrectinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>entrectinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>entrectinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL PACKET ( <i>entrectinib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (12 packets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>larotrectinib sulfate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG ( <i>larotrectinib sulfate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL SOLUTION ( <i>larotrectinib sulfate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP; OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (1 pack per 1 week); OC
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selinexor</i> )	3; OC	PA; QL (32 tablets per 28 weeks); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>adriamycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>dactinomycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION ( <i>doxorubicin hcl liposomal</i> )	3	PA; SP
<i>doxorubicin hcl intravenous solution</i>	3	SP
<i>doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension</i>	1 or 1b*	PA; SP
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>epirubicin hcl</i> )	3	PA; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>idarubicin hcl</i> )	3	SP
<i>idarubicin hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>mitomycin</i> )	3	PA
<i>mitomycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>mitomycin intravesical solution prefilled syringe</i>	3	
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	SP
<i>mutamycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>valrubicin intravesical solution</i>	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION ( <i>valrubicin</i> )	3	LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT ( <i>ibritumomab tiuxetan for y-90</i> )	3	PA
<b>*ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i> )	3	PA
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>fam-trastuzumab deruxtec-nxki</i> )	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ado-trastuzumab emtansine</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>daratumumab-hyaluronidase-fihj</i> )	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i> )	3	LD; SP
INQOVI ORAL TABLET ( <i>decitabine-cedazuridine</i> )	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET ( <i>trifluridine-tipiracil</i> )	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf</i> )	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>rituximab-hyaluronidase human</i> )	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>atezolizumab-hyaluronidas-tqjs</i> )	3	PA
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>daunorubicin-cytarabine lipo</i> )	3	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTINEOPLASTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>calaspargase pegol-mknl</i> )	3	PA
ONCASPAR INJECTION SOLUTION ( <i>pegaspargase</i> )	3	PA
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>asparaginase erwinia chryrywn</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>lutetium lu 177 dotatate</i> )	3	PA
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>lutetium lu 177 vipivotide tet</i> )	3	PA
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>radium ra 223 dichloride</i> )	3	PA
<b>*ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS &amp; AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION ( <i>nogapendekin alfa inbakic-pmln</i> )	3	PA; SP
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tagraxofusp-erzs</i> )	3	PA
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>aldesleukin</i> )	3	PA; SP
<b>*ANTINEOPLASTICS - PHOTOACTIVATED AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>porfimer sodium</i> )	3	
UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION ( <i>methoxsalen (photopheresis)</i> )	3	
<b>*ANTINEOPLASTICS MISC.*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>interferon gamma-1b</i> )	4	PA; LD; SP
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i> )	3	PA; QL (2 mL per 28 days)
<i>dacarbazine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
HYDREA ORAL CAPSULE ( <i>hydroxyurea</i> )	3; OC	OC
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	OC
MATULANE ORAL CAPSULE ( <i>procarbazine hcl</i> )	2; OC	OC
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pentostatin</i> )	3	SP
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>bcg live</i> )	4	SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>arsenic trioxide</i> )	3	SP
<b>*AROMATASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>anastrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
ARIMIDEX ORAL TABLET ( <i>anastrozole</i> )	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
AROMASIN ORAL TABLET ( <i>exemestane</i> )	3; OC	QL (2 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>exemestane oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (2 tablets per 1 day); OC
FEMARA ORAL TABLET ( <i>letrozole</i> )	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>letrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>*CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>glucarpidase</i> )	3	
<b>*CARDIAC PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>dexrazoxane intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<b>*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>rasburicase</i> )	3	PA; SP
<b>*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>palifermin</i> )	3	SP
<b>*CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
IBRANCE ORAL CAPSULE ( <i>palbociclib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG ( <i>palbociclib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (21 tablets per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG ( <i>palbociclib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>ribociclib succinate</i> )	2; OC	PA; QL (0.75 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>ribociclib succinate</i> )	2; OC	PA; QL (1.5 tablets per 1 day); SP; OC
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>ribociclib succinate</i> )	2; OC	PA; QL (2.25 tablets per 1 day); SP; OC
VERZENIO ORAL TABLET ( <i>abemaciclib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*ESTROGEN RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>fulvestrant</i> )	3	PA; SP
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; SP
<b>*FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>levoleucovorin</i> )	3	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JAKAFI ORAL TABLET ( <i>ruxolitinib phosphate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
OJJAARA ORAL TABLET ( <i>momelotinib dihydrochloride</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
VONJO ORAL CAPSULE ( <i>pacritinib citrate</i> )	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
<b>*LHRH ANALOGS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE ( <i>leuprolide mesylate (6 month)</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 24 weekss)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG ( <i>leuprolide acetate (3 month)</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG ( <i>leuprolide acetate (4 month)</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 112 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG ( <i>leuprolide acetate (6 month)</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 168 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG ( <i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable</i> )	3	PA; QL (1 kit per 12 weeks); SP
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	1 or 1b*	PA; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	4	PA; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG ( <i>leuprolide acetate (3 month)</i> )	4	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG ( <i>leuprolide acetate (3 month)</i> )	3	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT ( <i>leuprolide acetate (4 month)</i> )	3	PA; QL (1 kit per 112 days); SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT ( <i>leuprolide acetate (6 month)</i> )	3	PA; QL (1 syringe kit per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG ( <i>triptorelin pamoate</i> )	3	PA; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG ( <i>triptorelin pamoate</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG ( <i>triptorelin pamoate</i> )	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG ( <i>goserelin acetate</i> )	3	PA; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG ( <i>goserelin acetate</i> )	3	PA; QL (1 unit per 28 days); SP
<b>*MITOTIC INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>paclitaxel protein-bound part</i> )	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>docetaxel</i> )	3	PA; SP
<i>eribulin mesylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>etoposide phosphate</i> )	3	SP
<i>etoposide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>etoposide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	SP; OC
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>eribulin mesylate</i> )	3	PA; SP
IXEMPRA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ixabepilone</i> )	3	PA; SP
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cabazitaxel</i> )	3	PA; LD; SP
<i>paclitaxel intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	SP
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<i>vinblastine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>vincristine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<b>*MYELOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trilaciclib dihydrochloride</i> )	3	PA
<b>*NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/5ml</i>	3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML	3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML	3	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i>	3	
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	SP; OC
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3; OC	OC
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>melphalan hcl</i> )	3	LD; SP
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>melphalan hcl</i> )	3	
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>melphalan hcl</i> )	3	
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ifosfamide</i> )	3	SP
<i>ifosfamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	SP
LEUKERAN ORAL TABLET ( <i>chlorambucil</i> )	2; OC	OC
<i>melfhalan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<b>*NITROSOUREAS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>carmustine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE ( <i>lomustine</i> )	3; OC	PA; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER ( <i>carmustine in polifeprosan</i> )	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>streptozocin</i> )	3	SP
<b>*OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>imetelstat sodium</i> )	3	PA
<b>*ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
IWILFIN ORAL TABLET ( <i>eflornithine hcl</i> )	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); OC
<b>*OTOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sodium thiosulfate</i> )	3	PA
<b>*PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>copanlisib hcl</i> )	3	PA
COPIKTRA ORAL CAPSULE ( <i>duvelisib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>alpelisib</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>alpelisib</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>alpelisib</i> )	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET ( <i>idelalisib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
LYNPARZA ORAL TABLET ( <i>olaparib</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET ( <i>rucaparib camsylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE ( <i>talazoparib tosylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEJULA ORAL TABLET ( <i>niraparib tosylate</i> )	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<b>*PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	1 or 1b*; OC	OC
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	OC
<b>*RETINOIDS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>tretinoin oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	OC
<b>*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG ( <i>elacestrant hydrochloride</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG ( <i>elacestrant hydrochloride</i> )	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
<b>*SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>bexarotene oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TARGRETIN ORAL CAPSULE ( <i>bexarotene</i> )	3; OC	PA; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
<b>*TETRAHYDROISOQUINOLINES*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>trabectedin</i> )	3	LD; SP
<b>*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>sacituzumab govitecan-hziy</i> )	3	PA
<b>*TOPOISOMERASE I INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>irinotecan hcl</i> )	3	SP
HYCAMPIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>topotecan hcl</i> )	3	SP
HYCAMPIN ORAL CAPSULE ( <i>topotecan hcl</i> )	2; OC	PA; SP; OC
<i>irinotecan hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE ( <i>irinotecan hcl liposome</i> )	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
<i>topotecan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<b>*URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>mesna intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>mesna</i> )	3	PA
MESNEX ORAL TABLET ( <i>mesna</i> )	2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ALYMSYS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bevacizumab-maly</i> )	3	PA; SP
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bevacizumab</i> )	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ramucirumab</i> )	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG ( <i>fruquintinib</i> )	3; OC	PA; QL (84 capsules per 28 days); OC
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG ( <i>fruquintinib</i> )	3; OC	PA; QL (21 capsules per 28 days); OC
INLYTA ORAL TABLET 1 MG ( <i>axitinib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG ( <i>axitinib</i> )	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bevacizumab-awwb</i> )	3	PA; LD; SP
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bevacizumab-adcd</i> )	3	PA; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ziv-aflibercept</i> )	3	PA; LD; SP
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bevacizumab-bvzr</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
NOURIANZ ORAL TABLET ( <i>istradefylline</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>benztropine mesylate injection solution</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
<b>*ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG ( <i>amantadine hcl</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG ( <i>amantadine hcl</i> )	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE ( <i>levodopa</i> )	4	PA; QL (5 kits per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>amantadine hcl</i> )	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	3	
PARLODEL ORAL TABLET ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	3	
<b>*ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG ( <i>rasagiline mesylate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG ( <i>rasagiline mesylate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG ( <i>safinamide mesylate</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG ( <i>safinamide mesylate</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>selegiline hcl</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
TASMAR ORAL TABLET ( <i>tolcapone</i> )	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<b>*DECARBOXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>carbidopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET ( <i>carbidopa</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*LEVODOPA COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	
DHIVY ORAL TABLET ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	3	
<b>*NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>apomorphine hcl</i> )	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</i>	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>pramipexole dihydrochloride</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR ( <i>rotigotine</i> )	3	QL (1 patch per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG ( <i>opicapone</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>opicapone</i> )	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<b>*ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*ANTIMANIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium oral solution</i>	1 or 1b*	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>lithium carbonate</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
<b>*ANTIPSYCHOTICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG ( <i>lumateperone tosylate</i> )	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG ( <i>lumateperone tosylate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG ( <i>carbamazepine (antipsychotic)</i> )	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG ( <i>carbamazepine (antipsychotic)</i> )	3	QL (5 capsules per 1 day)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ziprasidone mesylate</i> )	3	AL; QL (6 vials per 28 days)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG ( <i>ziprasidone hcl</i> )	3	ST; DO
GEODON ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG ( <i>ziprasidone hcl</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG ( <i>lurasidone hcl</i> )	3	AL; QL (1 tablet per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG ( <i>lurasidone hcl</i> )	3	DO; AL
LATUDA ORAL TABLET 80 MG ( <i>lurasidone hcl</i> )	3	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE ( <i>pimavanserin tartrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET ( <i>pimavanserin tartrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG ( <i>cariprazine hcl</i> )	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG ( <i>cariprazine hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 capsules per 1 day)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 vials per 28 days)
<b>*BENZISOXAZOLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG ( <i>iloperidone</i> )	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG ( <i>iloperidone</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET ( <i>iloperidone</i> )	3	ST; QL (1 pack per 1 year)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (5 mL per 180 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG ( <i>paliperidone</i> )	3	ST; DO
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG ( <i>paliperidone</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 9 MG ( <i>paliperidone</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML ( <i>paliperidone palmitate</i> )	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE ( <i>risperidone</i> )	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG ( <i>risperidone microspheres</i> )	3	AL; QL (2 injections per 1 day)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG ( <i>risperidone microspheres</i> )	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
RISPERDAL ORAL SOLUTION ( <i>risperidone</i> )	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG ( <i>risperidone</i> )	3	ST; DO
RISPERDAL ORAL TABLET 3 MG, 4 MG ( <i>risperidone</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 injections per 28 days)
<i>risperidone oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>risperidone</i> )	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>risperidone</i> )	3	AL; QL (1 kit per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*BUTYROPHENONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML ( <i>haloperidol decanoate</i> )	3	AL; QL (5 injections per 30 days)
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/ML ( <i>haloperidol decanoate</i> )	3	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<b>*DIBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG ( <i>clozapine</i> )	3	AL; QL (9 tablets per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 25 MG ( <i>clozapine</i> )	3	DO; AL
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION ( <i>clozapine</i> )	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
<b>*DIBENZO-OXEPINO PYRROLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG ( <i>asenapine maleate</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG ( <i>asenapine maleate</i> )	3	ST; DO
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR ( <i>asenapine</i> )	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
<b>*DIBENZOTHIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>perphenazine oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	1 or 1a*	AL
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<b>*QUINOLINONE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>aripiprazole</i> )	3	AL; QL (1 injection per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>aripiprazole</i> )	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>aripiprazole</i> )	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG ( <i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i> )	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG ( <i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG ( <i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i> )	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG ( <i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG ( <i>aripiprazole</i> )	3	ST; DO
ABILIFY ORAL TABLET 20 MG, 30 MG ( <i>aripiprazole</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	3	AL; QL (1 kit per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML ( <i>aripiprazole lauroxil</i> )	3	AL; QL (1 kit per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG ( <i>brexpiprazole</i> )	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG ( <i>brexpiprazole</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*THIENBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>olanzapine</i> )	3	AL; QL (3 injections per 1 fill)
ZYPREXA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG ( <i>olanzapine</i> )	3	ST; DO
ZYPREXA ORAL TABLET 15 MG, 20 MG ( <i>olanzapine</i> )	3	ST; QL (1 tablets per 1 day)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG ( <i>olanzapine pamoate</i> )	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG ( <i>olanzapine pamoate</i> )	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG ( <i>olanzapine</i> )	3	ST; DO
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG ( <i>olanzapine</i> )	3	ST; QL (1 tablets per 1 day)
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 20 MG ( <i>olanzapine</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*THIOXANTHENES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>thiothixene oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<b>*ANTISEPTICS &amp; DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</b>		
<b>*ANTISEPTICS &amp; DISINFECTANTS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</b>		
<i>formaldehyde external solution 10 %</i>	1 or 1b*	
<b>*CHLORINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</b>		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
<b>*IODINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</b>		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET ( <i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML ( <i>cabotegravir &amp; rilpivirine</i> )	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML ( <i>cabotegravir &amp; rilpivirine</i> )	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)
CIMDUO ORAL TABLET ( <i>lamivudine-tenofovir</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
COMPLERA ORAL TABLET ( <i>emtricitab-rilpivir-tenofovir</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET ( <i>doravirin-lamivudin-tenofovir df</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG ( <i>emtricitabine-tenofovir af</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG ( <i>emtricitabine-tenofovir af</i> )	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET ( <i>dolutegravir-lamivudine</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir df oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET ( <i>atazanavir-cobicistat</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET ( <i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET ( <i>dolutegravir-rilpivirine</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL SOLUTION ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	3	QL (16 mL per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	3	QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET ( <i>emtricitab-rilpivir-tenofovir af</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET ( <i>darunavir-cobicistat</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET ( <i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI LO ORAL TABLET ( <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI ORAL TABLET ( <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET ( <i>darun-cobic-emtricit-tenofaf</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET ( <i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUVADA ORAL TABLET ( <i>emtricitabine-tenofovir df</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>lenacapavir sodium</i> )	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>lenacapavir sodium</i> )	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
<b>*ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>maraviroc oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION ( <i>maraviroc</i> )	3	QL (62 mL per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET ( <i>maraviroc</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ibalizumab-uiyk</i> )	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)
<b>*ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>enfuvirtide</i> )	2	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>fostemsavir tromethamine</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE ( <i>cabotegravir</i> )	3	LD; QL (1 vial per 2 monthss)
ISENTRESS HD ORAL TABLET ( <i>raltegravir potassium</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET ( <i>raltegravir potassium</i> )	3	QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET ( <i>raltegravir potassium</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	3	QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET ( <i>dolutegravir sodium</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>dolutegravir sodium</i> )	3	QL (12 tablets per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE ( <i>tipranavir</i> )	2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET ( <i>ritonavir</i> )	3	QL (12 packets per 1 day)
NORVIR ORAL TABLET ( <i>ritonavir</i> )	3	QL (12 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION ( <i>darunavir</i> )	2	QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG ( <i>darunavir</i> )	2	QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG ( <i>darunavir</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>darunavir</i> )	2	QL (10 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG ( <i>darunavir</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>atazanavir sulfate</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG ( <i>atazanavir sulfate</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET ( <i>atazanavir sulfate</i> )	2	QL (5 packets per 1 day)
<i>ritonavir oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG ( <i>nelfinavir mesylate</i> )	2	QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG ( <i>nelfinavir mesylate</i> )	2	QL (4 tablets per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
EDURANT ORAL TABLET ( <i>rilpivirine hcl</i> )	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG ( <i>etravirine</i> )	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG ( <i>etravirine</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG ( <i>etravirine</i> )	2	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nevirapine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>nevirapine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET ( <i>doravirine</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (32 mL per 1 day)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ZIAGEN ORAL SOLUTION ( <i>abacavir sulfate</i> )	3	QL (32 mL per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMTRIVA ORAL CAPSULE ( <i>emtricitabine</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION ( <i>emtricitabine</i> )	2	QL (29 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL SOLUTION ( <i>lamivudine</i> )	3	QL (32 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG ( <i>lamivudine</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG ( <i>lamivudine</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral solution</i>	1 or 1b*	QL (32 mL per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>zidovudine</i> )	2	
RETROVIR ORAL CAPSULE ( <i>zidovudine</i> )	3	QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP ( <i>zidovudine</i> )	3	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	2	QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 300 MG ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
TYBOST ORAL TABLET ( <i>cobicistat</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTIVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>nirmatrelvir-ritonavir</i> )	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>nirmatrelvir-ritonavir</i> )	3	QL (1 pack per 90 days)
<b>*CMV AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>cidofovir intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>foscarnet sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>foscarnet sodium</i> )	3	
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	4	SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	4	SP
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIVTENCITY ORAL TABLET ( <i>maribavir</i> )	4	PA; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>letermovir</i> )	4	PA; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET ( <i>letermovir</i> )	4	PA; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>valganciclovir hcl</i> )	3	
VALCYTE ORAL TABLET ( <i>valganciclovir hcl</i> )	3	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*HEPATITIS B AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION ( <i>entecavir</i> )	4	PA; QL (20 mL per 1 day)
BARACLUDE ORAL TABLET ( <i>entecavir</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>entecavir oral tablet</i>	4	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET ( <i>tenofovir alafenamide fumarate</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	4	PA; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	4	PA; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG ( <i>ledipasvir-sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG ( <i>ledipasvir-sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG ( <i>ledipasvir-sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG ( <i>ledipasvir-sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAVYRET ORAL PACKET ( <i>glecaprevir-pibrentasvir</i> )	4	PA; QL (5 packets per 1 day); SP
MAVYRET ORAL TABLET ( <i>glecaprevir-pibrentasvir</i> )	4	PA; QL (3 tablets per 1 day); SP
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET ( <i>sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
ZEPATIER ORAL TABLET ( <i>elbasvir-grazoprevir</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*HEPATITIS C AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	4	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	4	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
<i>ribavirin oral capsule</i>	4	QL (6 capsules per 1 day); SP
<i>ribavirin oral tablet</i>	4	QL (6 tablets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG ( <i>sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (1 packet per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOVALDI ORAL PACKET 200 MG ( <i>sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (2 packets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG ( <i>sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG ( <i>sofosbuvir</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>acyclovir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
SITAVIG BUCCAL TABLET ( <i>acyclovir</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 30 days)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
VALTREX ORAL TABLET 1 GM ( <i>valacyclovir hcl</i> )	3	QL (30 tablets per 1 fill)
VALTREX ORAL TABLET 500 MG ( <i>valacyclovir hcl</i> )	3	QL (60 tablets per 30 days)
<b>*HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
<b>*INFLUENZA AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*MISC. ANTIVIRALS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE ( <i>molnupiravir</i> )	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION ( <i>brincidofovir</i> )	3	
TEMBEXA ORAL TABLET ( <i>brincidofovir</i> )	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tecovirimat</i> )	3	
TPOXX ORAL CAPSULE ( <i>tecovirimat</i> )	3	
<b>*NEURAMINIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (20 ML per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>peramivir</i> )	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>zanamivir</i> )	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	3	QL (10 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	3	QL (180 ML per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PA ENDONUCLEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>baloxavir marboxil</i> )	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>baloxavir marboxil</i> )	3	QL (1 dose pack per 90 days)
<b>*RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ribavirin</i> )	3	
<b>*BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>*ALPHA-BETA BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG, 40 MG ( <i>carvedilol phosphate</i> )	3	DO
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG ( <i>carvedilol phosphate</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 3.125 MG, 6.25 MG ( <i>carvedilol</i> )	3	DO
COREG ORAL TABLET 25 MG ( <i>carvedilol</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml</i>	3	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>labetalol hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<b>*BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>atenolol oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>esmolol hcl-sodium chloride</i> )	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>esmolol hcl</i> )	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>esmolol hcl-sodium chloride</i> )	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>esmolol hcl-sodium chloride</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BYSTOLIC ORAL TABLET ( <i>nebivolol hcl</i> )	3	
<i>esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML	3	
<i>esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE ( <i>metoprolol succinate</i> )	3	
LOPRESSOR ORAL TABLET ( <i>metoprolol tartrate</i> )	3	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
TENORMIN ORAL TABLET ( <i>atenolol</i> )	3	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>metoprolol succinate</i> )	3	
<b>*BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
BETAPACE AF ORAL TABLET ( <i>sotalol hcl af</i> )	3	
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 80 MG ( <i>sotalol hcl</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
BETAPACE ORAL TABLET 160 MG ( <i>sotalol hcl</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
HEMANGEOL ORAL SOLUTION ( <i>propranolol hcl</i> )	3	
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 60 MG, 80 MG ( <i>propranolol hcl</i> )	3	DO
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 160 MG ( <i>propranolol hcl</i> )	3	QL (4 capsules per 1 day)
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>propranolol hcl sr beads</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>propranolol hcl sr beads</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>propranolol hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION ( <i>sotalol hcl</i> )	3	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<b>*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS**** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>nicardipine hcl in nacl</i> )	3	
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ( <i>diltiazem hcl coated beads</i> )	3	DO
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG ( <i>diltiazem hcl coated beads</i> )	3	QL (3 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG ( <i>diltiazem hcl coated beads</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG ( <i>diltiazem hcl coated beads</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	3	DO
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	3	QL (3 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG ( <i>diltiazem hcl</i> )	3	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION ( <i>clevudipine</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nicardipine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
<i>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nimodipine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsule per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NORLIQVA ORAL SOLUTION ( <i>amlodipine besylate</i> )	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
NORVASC ORAL TABLET 10 MG ( <i>amlodipine besylate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG ( <i>amlodipine besylate</i> )	3	DO
NYMALIZE ORAL SOLUTION ( <i>nimodipine</i> )	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG ( <i>nifedipine</i> )	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG ( <i>nifedipine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 90 MG ( <i>nifedipine</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG ( <i>nisoldipine</i> )	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG ( <i>nisoldipine</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ( <i>diltiazem hcl er beads</i> )	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>milrinone lactate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>*CALCIUM CHANNEL BLOCKER &amp; HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>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</i>	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	3	DO
<b>*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
CAMZYOS ORAL CAPSULE ( <i>mavacamten</i> )	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
<b>*CARDIOVASCULAR ANTI-INFLAMMATORY/IMMUNE MODULATORS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
LODOCO ORAL TABLET ( <i>colchicine</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*CARDIOVASCULAR SGLT2 INHIBITORS** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
INPEFA ORAL TABLET ( <i>sotagliflozin</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*IMPOTENCE AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION ( <i>papaverine-phentolamine</i> )	3	
<b>*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE ( <i>sacubitril-valsartan</i> )	3	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET ( <i>sacubitril-valsartan</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
<b>*NITRATE &amp; VASODILATOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
BIDIL ORAL TABLET ( <i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<b>*PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
OPSYNVI ORAL TABLET ( <i>macitentan-tadalafil</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT ( <i>alprostadil (vasodilator)</i> )	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>alprostadil (vasodilator)</i> )	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT ( <i>alprostadil (vasodilator)</i> )	3	PA
<b>*PROSTAGLANDIN VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	PA; LD; SP
FOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>epoprostenol sodium</i> )	4	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK ( <i>treprostinil diolamine</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK ( <i>treprostinil diolamine</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK ( <i>treprostinil diolamine</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>treprostinil diolamine</i> )	4	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; SP
<i>treprostinil injection solution</i>	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION ( <i>treprostinil</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>epoprostenol sodium</i> )	4	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION ( <i>iloprost</i> )	4	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
<b>*PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET ( <i>riociguat</i> )	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
<b>*PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT ( <i>sotatercept-csrk</i> )	4	PA; QL (1 kit per 21 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>bosentan oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
LETAIRIS ORAL TABLET ( <i>ambrisentan</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET ( <i>macitentan</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET ( <i>bosentan</i> )	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>bosentan</i> )	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<b>*PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ADCIRCA ORAL TABLET ( <i>tadalafil (pah)</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>alyq oral tablet</i>	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sildenafil citrate</i> )	4	PA; QL (3 vial per 1 day); SP
REVATIO ORAL TABLET ( <i>sildenafil citrate</i> )	4	PA; QL (12 tablets per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate intravenous solution</i>	4	PA; QL (3 vial per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</i>	4	PA; QL (24 mL per 1 day); SP
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (12 tablets per 1 day); SP
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION ( <i>tadalafil (pah)</i> )	4	PA; QL (10 ml per 1 day); SP
<b>*PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>selexipag</i> )	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET ( <i>selexipag</i> )	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>selexipag</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
<b>*SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>tadalafil</i> )	3	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG ( <i>tadalafil</i> )	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	PA
STENDRA ORAL TABLET ( <i>avanafil</i> )	3	PA
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
<i>vardenafil hcl oral tablet</i>	3	PA
<i>vardenafil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIAGRA ORAL TABLET ( <i>sildenafil citrate</i> )	3	PA
<b>*SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION ( <i>dehydrated alcohol</i> )	3	
<b>*SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION ( <i>ivabradine hcl</i> )	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET ( <i>ivabradine hcl</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>ivabradine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*TRANSTHYRETIN STABILIZERS*** - DRUGS FOR THE HEART</b>		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE ( <i>tafamidis</i> )	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE ( <i>tafamidis meglumine (cardiac)</i> )	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
<b>*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR ANGINA</b>		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG ( <i>vericiguat</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VERQUVO ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>vericiguat</i> )	3	PA; QL (1 tablets per 1 day)
<b>*CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*CEPHALOSPORIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS</b>		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ceftazidime-avibactam</i> )	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ceftolozane-tazobactam</i> )	3	
<b>*CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cephalexin oral capsule</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1a*	
<i>cephalexin oral tablet</i>	1 or 1a*	
<b>*CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION*** - ANTIBIOTICS</b>		
CEFACTOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
<i>cefactor oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefactor oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>cefotetan disodium</i> )	3	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefprozil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cefdinir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (3000 mL per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
<i>tazicef injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ceftazidime sodium in dextrose</i> )	3	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<b>*CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS</b>		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ceftaroline fosamil</i> )	3	
<b>*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES*** - ANTIBIOTICS</b>		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>cefiderocol sulfate tosylate</i> )	3	
<b>*CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<b>*BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>azurette oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kariva oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET ( <i>norethin-eth estrad-fe biphas</i> )	2	\$0
<i>pimtreea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simliya oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>viorele oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>volnea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>afirmelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>altavera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>apri oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aubra eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aviane oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ayuna oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BALCOLTRA ORAL TABLET ( <i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> )	3	
<i>balziva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BEYAZ ORAL TABLET ( <i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> )	3	
<i>blisovi 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>briellyn oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>charlotte 24 fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>chateal eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cryselle-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cyred eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>delyla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>elinest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enskyce oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>estarylla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>falmina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>norethindrone acet-ethinyl est</i> )	3	\$0
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; \$0	
<i>gemmily oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>isibloom oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>jasmiel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	
<i>juleber oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>junel fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 24 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kaitlib fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kalliga oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/50 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kurvelo oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>layolis fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lessina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1.5/30 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1/20 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loryna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>low-ogestrel oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>lo-zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lutra oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>marlissa oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>merzee oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mili oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mono-lynyah oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET ( <i>drospirenone-estetrol</i> )	3	\$0

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nikki oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ocella oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>philith oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>portia-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>reclipsen oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
SAFYRAL ORAL TABLET ( <i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> )	3	
<i>sprintec 28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sronyx oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>syeda oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tarina 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>taysofy oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE ( <i>norethin ace-eth estrad-fe</i> )	3	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; \$0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> )	3	\$0
<i>tydemy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vestura oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vienva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vyfemla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vylibra oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wymzya fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
YASMIN 28 ORAL TABLET ( <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> )	3	
YAZ ORAL TABLET ( <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> )	3	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>levonorgestrel-eth estradiol</i> )	3	\$0
<i>xulane transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>zafemy transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
ANNOVERA VAGINAL RING ( <i>segesterone-ethinyl estradiol</i> )	3	\$0
<i>eluryng vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
NUVARING VAGINAL RING ( <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> )	3	
<b>*CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>amethyst oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dolishale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*COPPER CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE ( <i>copper</i> )	3	
<b>*EMERGENCY CONTRACEPTIVES*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>aftera oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>afterpill oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
CURAE ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	1 or 1b*; \$0	
<i>econtra one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ELLA ORAL TABLET ( <i>ulipristal acetate</i> )	3; \$0	
HER STYLE ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my choice oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my way oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>new day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>opcicon one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>option 2 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>react oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>take action oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>ashlyna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daysee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>iclevia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>introvale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jolessa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lojaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>rivelsa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>setlakin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simpesse oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
NATAZIA ORAL TABLET ( <i>estradiol valerate-dienogest</i> )	3	\$0
<b>*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT ( <i>etonogestrel</i> )	4	SP
<b>*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	3; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE ( <i>levonorgestrel</i> )	4	SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE ( <i>levonorgestrel</i> )	3	SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE ( <i>levonorgestrel</i> )	3	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE ( <i>levonorgestrel</i> )	3	SP
<b>*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>camila oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>deblitane oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone</i> (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	
<i>errin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>heather oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>incassia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jencycla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyleq oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyza oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nora-be oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norlyroc oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
OPILL ORAL TABLET ( <i>norgestrel</i> )	2; \$0	
<i>sharobel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
SLYND ORAL TABLET ( <i>drospirenone</i> )	3	\$0
<b>*TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aranelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enpresse-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>leena oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tilia fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-legest fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-linyah oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tri-lo-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>trivora (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-vylibra oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>velivet oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<b>*CORTICOSTEROIDS* - HORMONES</b>		
<b>*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION</b>		
AGAMREE ORAL SUSPENSION ( <i>vamorolone</i> )	4	PA; QL (7.5 mL per 1 day)
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE ( <i>hydrocortisone</i> )	3	PA
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET ( <i>hydrocortisone</i> )	3	
<i>cortisone acetate oral tablet</i>	3	PA; QL (12 tablets per 1 day)
<i>deflazacort oral suspension</i>	4	PA
<i>deflazacort oral tablet</i>	4	PA
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION ( <i>methylprednisolone acetate</i> )	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE ( <i>dexamethasone</i> )	2	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION 4 MG/ML	3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION ( <i>deflazacort</i> )	4	PA
EMFLAZA ORAL TABLET ( <i>deflazacort</i> )	4	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EOHILIA ORAL SUSPENSION ( <i>budesonide</i> )	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
HEMADY ORAL TABLET ( <i>dexamethasone</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION ( <i>triamcinolone hexacetonide</i> )	3	
<i>hidex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone sod succ (pf) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	3	
KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG ( <i>methylprednisolone</i> )	3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG ( <i>methylprednisolone</i> )	2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>methylprednisolone</i> )	3	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )	3	
<i>prednisolone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1a*	DO
PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE ( <i>prednisone</i> )	3	
<i>prednisone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>prednisone</i> )	3	ST
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>hydrocortisone sod succinate</i> )	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>methylprednisolone sodium succ</i> )	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>methylprednisolone sodium succ</i> )	3	
<i>taperdex 12-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>taperdex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 7-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>budesonide</i> )	4	PA; QL (4 capsules per 1 day)
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>budesonide</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	4	PA; QL (1 injection per 1 knee)
<b>*MINERALOCORTICOIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION</b>		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION</b>		
BLT-25 INJECTION KIT ( <i>triamcinolone &amp; bupiv &amp; lido</i> )	3	
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION ( <i>betamethasone sod phos &amp; acet</i> )	3	
<b>*COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>*ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>benzonatate oral capsule</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTITUSSIVE - OPIOID*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
HYCODAN ORAL SOLUTION ( <i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i> )	3	AL; QL (150 mL per 5 days)
HYCODAN ORAL TABLET ( <i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i> )	3	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet</i>	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydromet oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
<b>*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT - DECONGEST-ANALGESIC*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>cvs pe head cong + flu sev oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3	AL
<i>eq mucus relief dm max str oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>g tussin ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID ( <i>guaifenesin-codeine</i> )	2	AL
<i>maxi-tuss ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID ( <i>guaifenesin-codeine</i> )	3	AL
<b>*ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	AL
TUSNEL C ORAL SYRUP ( <i>pseudoephedrine-codeine-gg</i> )	2	PA; QL (200 mL per 5 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*DECONGESTANT &amp; ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>desloratadine-pseudoephedrine</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>eq allergy relief d 12 hour oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>cetirizine-pseudoephedrine</i> )	1 or 1b*	
<i>promethazine vc oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
<b>*DECONGESTANT W/ EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>eq mucus relief d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>eq mucus-d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<b>*DECONGESTANT-ANALGESIC*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>eq sinus &amp; cold-d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<b>*MISC. RESPIRATORY INHALANTS*** - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 % ( <i>sodium chloride</i> )	3	
<i>sodium chloride</i> (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride</i> (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
<b>*MUCOLYTICS*** - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	1 or 1b*	
<b>*NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
NINJACOF ORAL LIQUID ( <i>chlorthalidone-pyrilamine</i> )	2	
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	3	QL (2 fills per 30 days)
<b>*NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
NINJACOF-D ORAL LIQUID ( <i>pseudoephedrine-chlorthalidone</i> )	2	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	1 or 1b*	
<b>*OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 days)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>chlorpheniramine-codeine</i> )	3	AL; QL (10 tablets per 5 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTI-HISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
CAPCOF ORAL SYRUP	3	AL; QL (300 mL per 5 days)
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID	2	AL; QL (150 mL per 5 days)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID	2	AL; QL (300 mL per 5 days)
PRO-RED AC ORAL SYRUP ( <i>phenyleph-dexchlorphen-codeine</i> )	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID ( <i>pseudoeph-bromphen-cod</i> )	2	AL; QL (450 mL per 5 days)
<b>*DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<b>*ACNE ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ACZONE EXTERNAL GEL ( <i>dapsone</i> )	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
AMZEEQ EXTERNAL FOAM ( <i>minocycline hcl micronized</i> )	3	ST; QL (30 grams per 30 days)
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION ( <i>clindamycin phosphate</i> )	3	ST; QL (4 mL per 1 day)
<i>clindacin etz external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindacin-p external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
CLINDAGEL EXTERNAL GEL ( <i>clindamycin phosphate</i> )	3	ST; QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>dapsone external gel 5 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>dapsone external gel 7.5 %</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
ERYGEL EXTERNAL GEL ( <i>erythromycin</i> )	3	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION ( <i>sulfacetamide sodium (acne)</i> )	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	1 or 1b*	
<b>*ACNE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ACANYA EXTERNAL GEL ( <i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL ( <i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> )	3	ST; QL (46.6 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
CABTREO EXTERNAL GEL ( <i>adapalene-benzoyl per-clindamy</i> )	3	ST; QL (1.667 grams per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>clindamycin-tretinoin external gel</i>	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
EPIDUO EXTERNAL GEL ( <i>adapalene-benzoyl peroxide</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL ( <i>adapalene-benzoyl peroxide</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>neuac external gel</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ONEXTON EXTERNAL GEL ( <i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TWYNEO EXTERNAL CREAM ( <i>tretinoin-benzoyl peroxide</i> )	3	ST; QL (1 tube per 30 days)
ZIANA EXTERNAL GEL ( <i>clindamycin-tretinoin</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<b>*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE ( <i>isotretinoin micronized</i> )	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE ( <i>isotretinoin</i> )	3	PA
<i>accutane oral capsule</i>	2	PA
<i>adapalene external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
<i>adapalene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene external pad</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
AKLIEF EXTERNAL CREAM ( <i>trifarotene</i> )	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
ALTRENO EXTERNAL LOTION ( <i>tretinoin</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>amnestem oral capsule</i>	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION ( <i>tazarotene</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
ATRALIN EXTERNAL GEL ( <i>tretinoin</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
AZELEX EXTERNAL CREAM ( <i>azelaic acid</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>claravis oral capsule</i>	2	PA
DIFFERIN EXTERNAL CREAM ( <i>adapalene</i> )	3	ST; QL (1.5 grams per 1 day)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 % ( <i>adapalene</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
DIFFERIN EXTERNAL LOTION ( <i>adapalene</i> )	3	ST; QL (59 mL per 30 days)
EPSOLAY EXTERNAL CREAM ( <i>benzoyl peroxide</i> )	3	QL (50 grams per 30 days)
FABIOR EXTERNAL FOAM ( <i>tazarotene</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule</i>	2	PA
RETIN-A EXTERNAL CREAM ( <i>tretinoin</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A EXTERNAL GEL ( <i>tretinoin</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL ( <i>tretinoin microsphere</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL ( <i>tretinoin microsphere</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TAZAROTENE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>tretinoin external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tretinoin external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.08 %</i>	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %</i>	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
WINLEVI EXTERNAL CREAM ( <i>clascoterone</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>zenatane oral capsule</i>	2	PA
<b>*AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT ( <i>sinecatechins</i> )	3	QL (30 grams per 28 days)
<b>*AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
RENOVA EXTERNAL CREAM ( <i>tretinoin (facial wrinkles)</i> )	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM ( <i>tretinoin (facial wrinkles)</i> )	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
<b>*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
LITFULO ORAL CAPSULE ( <i>ritilecitinib tosylate</i> )	3	
<b>*ANALGESICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>hav ez penetrating pain relief external gel</i>	2	
<b>*ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM ( <i>neomycin-fluocinolone</i> )	3	
<b>*ANTIBIOTICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin calcium external cream</i>	3	ST; QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<b>*ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
<i>miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT ( <i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i> )	3	QL (50 grams per 30 days)
<b>*ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>ciclodan external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ciclopirox external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>nystatin</i> (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 1 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 2 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external gel</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL ( <i>naftifine hcl</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>nyamyc external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystop external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<b>*ANTIHISTAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
TECNU RASH RELIEF EXTERNAL SOLUTION ( <i>diphenhydramine hcl</i> )	1 or 1b*	
<b>*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>diclofenac epolamine external patch</i>	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (1000 gm per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	3	ST; QL (224 gm per 30 days)
FLECTOR EXTERNAL PATCH ( <i>diclofenac epolamine</i> )	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR ( <i>diclofenac epolamine</i> )	3	ST; QL (1 topical system per 1 day)
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION ( <i>diclofenac sodium</i> )	3	ST; QL (224 gm per 30 days)
<b>*ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
VALCHLOR EXTERNAL GEL ( <i>mechlorethamine hcl (topical)</i> )	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
<b>*ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
CARAC EXTERNAL CREAM ( <i>fluorouracil</i> )	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM ( <i>fluorouracil</i> )	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external cream</i>	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM ( <i>fluorouracil</i> )	3	ST; QL (40 gm per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
<b>*ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
PANRETIN EXTERNAL GEL ( <i>alitretinoin</i> )	3	SP
<b>*ANTI PRURITICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>doxepin hcl external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM ( <i>doxepin hcl (antipruritic)</i> )	3	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ZONALON EXTERNAL CREAM ( <i>doxepin hcl (antipruritic)</i> )	3	PA; QL (1 tube per 1 fill)
<b>*ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>acitretin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>bimekizumab-bkzx</i> )	4	PA; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>bimekizumab-bkzx</i> )	4	PA; QL (1 carton per 56 days); SP
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>secukinumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>secukinumab</i> )	4	PA; LD; QL (3 vials per 4 weekss); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>secukinumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>secukinumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>secukinumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>secukinumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tildrakizumab-asmn</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weekss); SP
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	1 or 1b*	SP
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>brodalumab</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	4	PA; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	4	PA; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SOTYKTU ORAL TABLET ( <i>deucravacitinib</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>spesolimab-sbzo</i> )	4	PA; QL (2 vials per 1 year)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>spesolimab-sbzo</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>ustekinumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML ( <i>ustekinumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML ( <i>ustekinumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>ixekizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.25ML, 40 MG/0.5ML ( <i>ixekizumab</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML ( <i>ixekizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>guselkumab</i> )	4	PA; QL (3 vials per 84 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML ( <i>guselkumab</i> )	4	PA; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML ( <i>guselkumab</i> )	4	PA; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embedded)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML ( <i>guselkumab</i> )	4	PA; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML ( <i>guselkumab</i> )	4	PA; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embedded)
<b>*ANTIPSORIATICS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>calcipotriene external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external foam</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcitrene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcitriol external ointment</i>	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
SORILUX EXTERNAL FOAM ( <i>calcipotriene</i> )	3	QL (120 grams per 30 days)
<i>tazarotene external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>tazarotene external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % ( <i>tazarotene</i> )	2	QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.1 % ( <i>tazarotene</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL ( <i>tazarotene</i> )	3	QL (100 grams per 30 days)
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT ( <i>calcitriol</i> )	3	QL (800 grams per 28 days)
VTAMA EXTERNAL CREAM ( <i>tapinarof</i> )	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % ( <i>roflumilast</i> )	3	PA; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTISEBORRHEIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL FOAM ( <i>roflumilast (antiseborrheic)</i> )	3	PA; QL (2 grams per 1 day)
<b>*ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
XERESE EXTERNAL CREAM ( <i>acyclovir-hydrocortisone</i> )	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
<b>*ANTIVIRALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>acyclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
<i>acyclovir external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM ( <i>penciclovir</i> )	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
<i>eq docosanol external cream</i>	1 or 1b*	
<i>penciclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL CREAM ( <i>acyclovir</i> )	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT ( <i>acyclovir</i> )	3	QL (30 gm per 30 days)
<b>*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
CIBINQO ORAL TABLET ( <i>abrocitinib</i> )	4	PA; QL (1 tablets per 1 day); SP
OPZELURA EXTERNAL CREAM ( <i>ruxolitinib phosphate</i> )	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
<b>*ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>tralokinumab-ldrm</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tralokinumab-ldrm</i> )	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>dupilumab</i> )	4	PA; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>dupilumab</i> )	4	PA; SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>lebrikizumab-lbkz</i> )	4	PA; QL (1 pen/syringe per 28 days)
<b>*BURN PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>mafenide acetate external packet</i>	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM ( <i>silver sulfadiazine</i> )	3	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	1 or 1a*	
<i>ssd external cream</i>	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM ( <i>mafenide acetate</i> )	3	
<b>*CORTICOSTEROIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ALA SCALP EXTERNAL LOTION ( <i>hydrocortisone</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>ala-cort external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external cream</i>	3	QL (2 grams per 1 day)
AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
APEXICON E EXTERNAL CREAM ( <i>diflorasone diacet emoll base</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
BRYHALI EXTERNAL LOTION ( <i>halobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid</i>	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL LOTION ( <i>clobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (118 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO ( <i>clobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID ( <i>clobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (125 mL per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>clodan external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
CLODERM EXTERNAL CREAM ( <i>clocortolone pivalate</i> )	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
CORDRAN EXTERNAL TAPE ( <i>flurandrenolide</i> )	3	ST; QL (1 box per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS BODY EXTERNAL OIL ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<i>desonide external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>desonide external gel</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>desonide external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
<i>desonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
DESOWEN EXTERNAL CREAM ( <i>desonide</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external cream</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external gel</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external liquid</i>	3	ST; QL (100 mL per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT ( <i>betamethasone dipropionate aug</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external cream</i>	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
<i>flurandrenolide external lotion</i>	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>halcinonide external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL CREAM ( <i>halcinonide</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL OINTMENT ( <i>halcinonide</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL SOLUTION ( <i>halcinonide</i> )	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2 %</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
IMPOYZ EXTERNAL CREAM ( <i>clobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
LEXETTE EXTERNAL FOAM ( <i>halobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
LOCOID EXTERNAL LOTION ( <i>hydrocortisone butyrate</i> )	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
<i>mometasone furoate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
PANDEL EXTERNAL CREAM ( <i>hydrocortisone probutate</i> )	3	ST; QL (80 grams per 30 days)
SERNIVO EXTERNAL EMULSION ( <i>betamethasone dipropionate</i> )	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL CREAM ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL OINTMENT ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION ( <i>hydrocortisone</i> )	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL CREAM ( <i>desoximetasone</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL GEL ( <i>desoximetasone</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT ( <i>desoximetasone</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID ( <i>desoximetasone</i> )	3	ST; QL (100 mL per 30 days)
<i>tovet external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external aerosol solution</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbase external ointment</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triderm external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
ULTRAVATE EXTERNAL LOTION ( <i>halobetasol propionate</i> )	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
VANOS EXTERNAL CREAM ( <i>fluocinonide</i> )	3	ST; QL (120 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*DEPIGMENTING COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM ( <i>fluocin-hydroquinone-tretinoin</i> )	3	
<b>*EMOLLIENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
CUTEMOL EXTERNAL CREAM ( <i>emollient</i> )	2	
<b>*ENZYMES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
NEXOBRID EXTERNAL GEL ( <i>anacaulase-bcdb</i> )	3	PA; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT ( <i>collagenase</i> )	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
<b>*EYELID CLEANSERS &amp; LUBRICANTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
THERATEARS STERILID CLEANSER EXTERNAL SOLUTION ( <i>eyelid cleansers</i> )	2	
<b>*GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>onabotulinumtoxin (cosmetic)</i> )	4	PA
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>daxibotulinumtoxin-lanm</i> )	4	PA
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>prabotulinumtoxin-xvfs (cosm)</i> )	3	
<b>*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>clotrimazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM ( <i>econazole nitrate</i> )	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM ( <i>sertaconazole nitrate</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL CREAM ( <i>sulconazole nitrate</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION ( <i>sulconazole nitrate</i> )	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION ( <i>efinaconazole</i> )	3	QL (8 mL per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ketodan external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>luliconazole external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM ( <i>luliconazole</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION ( <i>oxiconazole nitrate</i> )	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>imiquimod external cream 3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
<i>imiquimod pump external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM ( <i>imiquimod</i> )	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % ( <i>imiquimod</i> )	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % ( <i>imiquimod</i> )	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
<b>*INTERLEUKIN-31 RECEPTOR ANTAGONISTS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ( <i>nemolizumab-ilto</i> )	4	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
<b>*KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
CONDYLOX EXTERNAL GEL ( <i>podofilox</i> )	3	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external gel</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANATH EXTERNAL SOLUTION ( <i>cantharidin</i> )	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
<b>*LINIMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
<b>*LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>burn gel external gel</i>	1 or 1b*	
<i>dyclopro external solution</i>	3	
<i>glydo external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1 or 1b*	QL (5 grams per 1 day)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
LIDODERM EXTERNAL PATCH ( <i>lidocaine</i> )	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH ( <i>lidocaine</i> )	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
<b>*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ELIDEL EXTERNAL CREAM ( <i>pimecrolimus</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
HYFTOR EXTERNAL GEL ( <i>sirolimus</i> )	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
<i>pimecrolimus external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT ( <i>afamelanotide acetate</i> )	3	PA; QL (1 implant per 2 monthss)
<b>*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT ( <i>tirbanibulin</i> )	3	ST; QL (5 packets per 1 fill)
<b>*MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
<b>*MISC. TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
QBREXZA EXTERNAL PAD ( <i>glycopyrronium tosylate</i> )	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
SOFDRA EXTERNAL GEL ( <i>sofpironium bromide</i> )	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<b>*OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>tavaborole external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<b>*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT ( <i>crisaborole</i> )	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.15 % ( <i>roflumilast (dermatologic)</i> )	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
<b>*PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
AMELUZ EXTERNAL GEL ( <i>aminolevulinic acid hcl</i> )	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>aminolevulinic acid hcl</i> )	3	
<b>*PROSTAGLANDINS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>bimatoprost external solution</i>	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION ( <i>bimatoprost</i> )	3	
<b>*ROSACEA AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>azelaic acid external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>brimonidine tartrate external gel</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
<i>doxycycline oral capsule delayed release</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FINACEA EXTERNAL FOAM ( <i>azelaic acid</i> )	2	QL (1.67 grams per 1 day)
<i>ivermectin external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM ( <i>metronidazole</i> )	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
METROGEL EXTERNAL GEL ( <i>metronidazole</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
METROLOTION EXTERNAL LOTION ( <i>metronidazole</i> )	3	ST; QL (59 mL per 30 days)
<i>metronidazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL ( <i>brimonidine tartrate</i> )	3	QL (30 grams per 30 days)
NORITATE EXTERNAL CREAM ( <i>metronidazole</i> )	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>doxycycline</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
RHOFADE EXTERNAL CREAM ( <i>oxymetazoline hcl</i> )	3	QL (30 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM ( <i>ivermectin</i> )	2	QL (45 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM ( <i>minocycline hcl micronized</i> )	2	QL (1 gram per 1 day)
<b>*SCABICIDES &amp; PEDICULICIDES*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>crotan external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>malathion external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION ( <i>spinosad</i> )	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION ( <i>malathion</i> )	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>permethrin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
<b>*SCAR TREATMENT PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
COPASIL EXTERNAL GEL ( <i>scar treatment products</i> )	3	
<b>*SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION ( <i>hydrogen peroxide</i> )	3	
<b>*STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM ( <i>pramoxine-hc</i> )	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM ( <i>pramoxine-hc</i> )	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION ( <i>pramoxine-hc</i> )	2	
<b>*TAR PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>coal tar external solution</i>	1 or 1b*	
<b>*TISSUE REPLACEMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM ( <i>umbilical cord allograft</i> )	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE ( <i>amniotic memb-fluid allograft</i> )	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
PALINGEN INOVFLO INJECTION INJECTABLE ( <i>amniotic fluid allograft</i> )	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET ( <i>amniotic membrane allograft</i> )	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM ( <i>skin allograft (human)</i> )	3	
<b>*TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PLIAGLIS EXTERNAL CREAM ( <i>lidocaine-tetracaine</i> )	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
PLIAGLIS EXTERNAL KIT ( <i>lidocaine-tetracaine</i> )	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT ( <i>lidocaine hcl-blood collection</i> )	3	
<b>*TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>bexarotene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL ( <i>bexarotene</i> )	3	PA; QL (60 grams per 30 days); SP
<b>*TOPICAL STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension</i>	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION ( <i>halobetasol prop-tazarotene</i> )	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM ( <i>calcipotriene-betameth diprop</i> )	3	QL (420 grams per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION ( <i>calcipotriene-betameth diprop</i> )	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
WYNZORA EXTERNAL CREAM ( <i>calcipotriene-betameth diprop</i> )	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
<b>*TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>finasteride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET ( <i>finasteride</i> )	3	
<b>*VASCULAR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>eq hair regrowth for women external foam</i>	1 or 1b*	
<b>*WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
REGRANEX EXTERNAL GEL ( <i>becaplermin</i> )	3	QL (15 grams per 30 days)
<b>*WOUND CLEANSERS/DECUBITUS ULCER THERAPY*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
LAVARE WOUND WASH EXTERNAL GEL	3	
<b>*WOUND DRESSINGS*** - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
FILSUVEZ EXTERNAL GEL ( <i>birch triterpenes</i> )	4	PA
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL ( <i>hydroactive dressings</i> )	3	
MEPILEX BORDER FLEX/CM EXTERNAL PAD ( <i>wound dressings</i> )	2	
<b>*DIAGNOSTIC PRODUCTS*</b>		
<b>*DIAGNOSTIC TESTS***</b>		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ADVANCE INTUITION TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVANCE MICRO-DRAW TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX AMP TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX JAZZ TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX KEYNOTE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX PRESTO TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 3 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 4 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II CHECK IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ASSURE II IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PLATINUM IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRISM MULTI TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRO TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BIOTEL CARE TEST STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP <i>blood glucose test strips 333 in vitro strip</i>	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARESENS N GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARETOUCH TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE MICRO TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR NEXT TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR PLUS TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS IN VITRO STRIP <i>cvs true metrix glucose test in vitro strip</i>	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATRUE PLUS TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DUO-CARE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY PLUS II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY STEP TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYGLUCO IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX 15 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO PLUS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT COMPACT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EQ BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EVOLUTION AUTOCODE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D15G BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA G30/PREM V10 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD20 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G ADVANCE PRO IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G/TN'G VOICE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V12 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE GD40 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE PREMIUM V10 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE TEST N GO TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	QL (204 strips per 30 days)
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GENULTIMATE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GHT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCO PERFECT 3 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD EXPRESSION TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD SHINE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD VITAL TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD X-SENSOR IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCOM TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOSE METER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK TEST STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOODSENSE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IGLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY VOICE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
LIBERTY NEXT GENERATION TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
LIBERTY TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETEST TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MICRODOT TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM EASY TOUCH GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MYGLUCOHEALTH TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NEUTEK 2TEK TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NOVA MAX GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONE DROP TEST IN VITRO STRIP	3	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	2	QL (204 strips per 30 days)
OPTIUMEZ TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	QL (204 strips per 30 days)
POCKETCHEM EZ TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST ( <i>glucose blood</i> )	3	QL (200 tests per 30 days)
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PTS PANELS EGLU TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUICKTEK TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELION CONFIRM/MICRO TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PREMIER TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PRIME TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION ULTIMA TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REXALL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMART SENSE PREMIUM TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMART SENSE VALUE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SOLUS V2 TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SUPREME TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TGT BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETEST TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
UNISTRIP1 GENERIC IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VIVAGUARD INO TEST STRIPS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
<b>*DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS* - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>*NUTRITIONAL SUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2 ENTERAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	2	
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8 ENTERAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	2	
NEOCATE SYNEO JUNIOR ORAL POWDER ( <i>nutritional supplements</i> )	2	
<b>*DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>*DIGESTIVE ENZYME COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>lipase concentrate-hp oral capsule</i>	2	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LASIX ORAL TABLET ( <i>furosemide</i> )	3	
SOAANZ ORAL TABLET ( <i>torseamide</i> )	3	ST
<i>torseamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*OSMOTIC DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>mannitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>osmitrol intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*POTASSIUM SPARING DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ALDACTONE ORAL TABLET ( <i>spironolactone</i> )	3	
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION ( <i>spironolactone</i> )	3	
DYRENIUM ORAL CAPSULE ( <i>triamterene</i> )	3	
<i>spironolactone oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>triamterene oral capsule</i>	1 or 1b*	
<b>*THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION ( <i>chlorothiazide</i> )	3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>indapamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>metolazone oral tablet</i>	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET ( <i>chlorthalidone</i> )	3	
<b>*ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES</b>		
<b>*ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
MIFEPREX ORAL TABLET ( <i>mifepristone</i> )	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	\$0 for Fully insured members in California
<b>*ACID SPHINGOMYELINASE DEFICIENCY (ASMD) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>olipudase alfa-rpcp</i> )	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*CALCITONINS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>calcitonin (salmon) injection solution</i>	4	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION ( <i>calcitonin (salmon)</i> )	4	
<b>*CARNITINE REPLENISHER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>levocarnitine</i> )	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION ( <i>levocarnitine</i> )	3	
CARNITOR ORAL TABLET ( <i>levocarnitine</i> )	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION ( <i>levocarnitine</i> )	3	
<i>levocarnitine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	1 or 1b*	
<b>*CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
XPHOZAH ORAL TABLET ( <i>tenapanor hcl (ckd)</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*CORTICOTROPIN*** - HORMONES</b>		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ( <i>corticotropin</i> )	4	PA; SP
ACTHAR INJECTION GEL ( <i>corticotropin</i> )	4	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL ( <i>corticotropin</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS*** - HORMONES</b>		
ISTURISA ORAL TABLET ( <i>osilodrostat phosphate</i> )	4	PA; QL (4 tablets per 1 day)
RECORLEV ORAL TABLET ( <i>levoketoconazole</i> )	4	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<b>*DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>cabergoline oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
<b>*FABRY DISEASE - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pegunigalsidase alfa-iwxj</i> )	4	PA; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>agalsidase beta</i> )	4	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE ( <i>migalastat hcl</i> )	4	PA; QL (14 capsules per 30 days)
<b>*GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>alglucosidase alfa</i> )	4	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>avalglucosidase alfa-ngpt</i> )	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPFOLDA ORAL CAPSULE ( <i>miglustat (gaa deficiency)</i> )	4	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>cipaglucosidase alfa-atga</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*GNRH/LHRH ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>cetorelix acetate subcutaneous kit</i>	4	PA; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT ( <i>cetorelix acetate</i> )	4	PA; SP
<i>fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; SP
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG ( <i>elagolix sodium</i> )	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG ( <i>elagolix sodium</i> )	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR GROWTH</b>		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pegvisomant</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
<b>*GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH)*** - DRUGS FOR GROWTH</b>		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>tesamorelin acetate</i> )	4	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
<b>*GROWTH HORMONES*** - DRUGS FOR GROWTH</b>		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE ( <i>somatropin</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ( <i>somatropin</i> )	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG ( <i>somatropin</i> )	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG ( <i>somatropin</i> )	4	PA; QL (1 injection per 1 day); SP
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatrogon-ghla</i> )	4	PA; LD; QL (4 pens per 28 days)
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>somatropin</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>somatropin</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SAIZEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>somatropin (non-refrigerated)</i> )	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG ( <i>somatropin (non-refrigerated)</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG ( <i>somatropin (non-refrigerated)</i> )	4	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG ( <i>lonapegsomatropin-tcgd</i> )	4	PA; LD; QL (8 cartridges per 28 days); SP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG ( <i>lonapegsomatropin-tcgd</i> )	4	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somapacitanbeco</i> )	4	PA; LD; QL (4 injections per 28 days); SP
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>somatropin</i> )	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP
<b>*HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
XURIDEN ORAL PACKET ( <i>uridine triacetate</i> )	3	PA; QL (4 packets per 1 day)
<b>*HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	PA; SP
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	4	PA
NITYR ORAL TABLET ( <i>nitisinone</i> )	4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE ( <i>nitisinone</i> )	4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION ( <i>nitisinone</i> )	4	PA
<b>*HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>betaine oral powder</i>	1 or 1b*	
CYSTADANE ORAL POWDER ( <i>betaine</i> )	3	
<b>*HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>carglumic acid</i> )	4	PA
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	4	PA
<b>*HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>calcitriol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>doxercalciferol</i> )	3	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>paricalcitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>paricalcitol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE ( <i>calcifediol</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ROCALTROL ORAL CAPSULE ( <i>calcitriol</i> )	3	PA
ROCALTROL ORAL SOLUTION ( <i>calcitriol</i> )	3	PA
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>paricalcitol</i> )	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE ( <i>paricalcitol</i> )	3	PA
<b>*HYPOPARATHYROID TREATMENT - PARATHYROID HORMONE ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>palopegteriparatide</i> )	4	PA; QL (2 prefilled pens per 28 days)
<b>*HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>asfotase alfa</i> )	4	PA
<b>*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)*** - DRUGS FOR THYROID</b>		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>teprotumumab-trbw</i> )	4	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
<b>*INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS)*** - HORMONES</b>		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>mecasermin</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*LEPTIN ANALOGUES*** - HORMONES</b>		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>metreleptin</i> )	4	PA; QL (1 vial per 1 day)
<b>*LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT ( <i>leuprolide acetate (6 month)</i> )	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	4	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG ( <i>leuprolide acetate</i> )	4	PA; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG ( <i>leuprolide acetate (3 month)</i> )	4	PA; QL (1 kit per 12 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG ( <i>leuprolide acetate (3 month)</i> )	4	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT ( <i>leuprolide acetate (6 month)</i> )	4	PA; QL (1 kit per 24 weekss); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT ( <i>histrelin acetate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SYNAREL NASAL SOLUTION ( <i>nafarelin acetate</i> )	4	PA; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>triptorelin pamoate</i> )	4	PA; QL (1 vial per 168 days)
<b>*LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sebelipase alfa</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>fosdenopterin hydrobromide</i> )	4	PA
<b>*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>laronidase</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>idursulfase</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>elosulfase alfa</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>galsulfase</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>vestronidase alfa-vjvk</i> )	4	PA
<b>*NATRIURETIC PEPTIDES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>vosoritide</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
<b>*NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES</b>		
VEOZAH ORAL TABLET ( <i>fezolinetant</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES</b>		
KERENDIA ORAL TABLET ( <i>finerenone</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>follitropin beta</i> )	4	PA; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>follitropin alfa</i> )	4	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>follitropin alfa</i> )	4	PA; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>follitropin alfa</i> )	4	PA; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>menotropins</i> )	4	PA; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>chorionic gonadotropin</i> )	4	PA; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>choriogonadotropin alfa</i> )	4	PA; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>chorionic gonadotropin</i> )	4	PA; SP
<b>*OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
CLOMID ORAL TABLET ( <i>clomiphene citrate</i> )	1 or 1b*	PA
<b>*PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>teriparatide</i> )	4	QL (1 pen per 28 days); SP
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml</i>	4	QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	4	QL (1 pen per 28 days); SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>abaloparatide</i> )	4	LD; QL (1 pen per 30 days); SP
<b>*PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Packet)	4	PA; LD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet)	4	PA; LD
KUVAN ORAL PACKET ( <i>sapropterin dihydrochloride</i> )	4	PA; LD; SP
KUVAN ORAL TABLET ( <i>sapropterin dihydrochloride</i> )	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML ( <i>pegvaliase-pqpz</i> )	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML ( <i>pegvaliase-pqpz</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	4	PA; LD; SP
<b>*RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>denosumab</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>denosumab</i> )	3	PA; QL (1 vial per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*SCLEROSTIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>romosozumab-aqqg</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 30 days); SP
<b>*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
EVISTA ORAL TABLET ( <i>raloxifene hcl</i> )	3; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET ( <i>ospemifene</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES</b>		
JYNARQUE ORAL TABLET ( <i>tolvaptan</i> )	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>tolvaptan</i> )	4	PA; QL (1 carton per 28 days)
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG ( <i>tolvaptan</i> )	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG ( <i>tolvaptan</i> )	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<b>*SOMATOSTATIC AGENTS*** - DRUGS FOR GROWTH</b>		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>octreotide acetate</i> )	4	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>octreotide acetate injection solution</i>	4	PA; SP
<i>octreotide acetate intramuscular kit 20 mg</i>	4	PA; QL (2 kits per 28 days)
<i>octreotide acetate intramuscular kit 30 mg</i>	4	PA; QL (1 kit per 28 days)
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION ( <i>octreotide acetate</i> )	4	PA; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG ( <i>octreotide acetate</i> )	4	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG ( <i>octreotide acetate</i> )	4	PA; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>pasireotide pamoate</i> )	4	PA; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>pasireotide diaspertate</i> )	4	PA; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>lanreotide acetate</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
<b>*UREA CYCLE DISORDER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sod benz-sod phenylacet</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BUPHENYL ORAL POWDER ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	3	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
BUPHENYL ORAL TABLET ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	3	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLETT ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	4	PA; QL (8 bottles per 30 days); SP
RAVICTI ORAL LIQUID ( <i>glycerol phenylbutyrate</i> )	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
<i>sod benz-sod phenylacet intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
<b>*VASOPRESSIN**** - HORMONES</b>		
DDAVP INJECTION SOLUTION ( <i>desmopressin acetate</i> )	3	
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG ( <i>desmopressin acetate</i> )	3	DO
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG ( <i>desmopressin acetate</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION ( <i>desmopressin acetate</i> )	3	
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate injection solution</i>	1 or 1b*	
DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION	3	LD; QL (5 mL per 30 days)
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	1 or 1b*	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>desmopressin acetate</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>terlipressin acetate</i> )	3	
<i>vasopressin +rfid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>vasopressin</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML ( <i>burosumab-twza</i> )	4	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML ( <i>burosumab-twza</i> )	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML ( <i>burosumab-twza</i> )	4	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
<b>*ESTROGENS* - HORMONES</b>		
<b>*ESTROGEN &amp; PROGESTIN*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
ACTIVELLA ORAL TABLET ( <i>estradiol-norethindrone acet</i> )	3	
ANGELIQ ORAL TABLET ( <i>drospirenone-estradiol</i> )	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE ( <i>estradiol-progesterone</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>estradiol-levonorgestrel</i> )	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY ( <i>estradiol-norethindrone acet</i> )	2	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fyavolv oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>jinteli oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mimvey oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET ( <i>conj estrog-medroxyprogest ace</i> )	2	
PREMPRO ORAL TABLET ( <i>conj estrog-medroxyprogest ace</i> )	2	
<b>*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST*** - DRUGS FOR WOMAN</b>		
MYFEMBREE ORAL TABLET ( <i>relugolix-estradiol-norethind</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>elagolix-estradiol-norethind</i> )	3	PA; QL (1 carton per 28 days)
<b>*ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY ( <i>estradiol</i> )	3	QL (8 patch per 28 days)
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>estradiol</i> )	3	QL (4 patches per 28 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL ( <i>estradiol valerate</i> )	3	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL ( <i>estradiol cypionate</i> )	3	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM ( <i>estradiol</i> )	3	QL (1 packet per 1 day)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1.25 MG/1.25GM ( <i>estradiol</i> )	3	QL (30 packets per 30 days)
<i>dotti transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL ( <i>estradiol</i> )	3	QL (52 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESTRACE ORAL TABLET ( <i>estradiol</i> )	3	
<i>estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel 1.25 mg/1.25gm</i>	1 or 1b*	QL (30 packets per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	QL (4 patches per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL ( <i>estradiol</i> )	3	QL (50 grams per 30 days)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION ( <i>estradiol</i> )	2	QL (16.2 mL per 30 days)
<i>lyllana transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
MENEST ORAL TABLET ( <i>esterified estrogens</i> )	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>estradiol</i> )	3	QL (4 patches per 28 days)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY ( <i>estradiol</i> )	3	QL (8 patch per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>estrogens conjugated</i> )	2	
PREMARIN ORAL TABLET ( <i>estrogens conjugated</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY ( <i>estradiol</i> )	3	QL (8 patch per 28 days)
<b>*ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
DUAVEE ORAL TABLET ( <i>conj estrogens-bazedoxifene</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*FLUOROQUINOLONES*** - ANTIBIOTICS</b>		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>delafloxacin meglumine</i> )	3	
BAXDELA ORAL TABLET ( <i>delafloxacin meglumine</i> )	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>ciprofloxacin</i> )	3	
CIPRO ORAL TABLET ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
<i>levofloxacin oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>*5-HT4 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
MOTEGRITY ORAL TABLET ( <i>prucalopride succinate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS**** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
CHOLBAM ORAL CAPSULE ( <i>cholic acid</i> )	3	PA; QL (4 capsule per 1 day)
<b>*CIC AGENTS - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS*** - DRUGS FOR CONSTIPATION</b>		
TRULANCE ORAL TABLET ( <i>plecanatide</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
OALIVA ORAL TABLET ( <i>obeticholic acid</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
CHENODAL ORAL TABLET ( <i>chenodiol</i> )	3	PA; QL (7 tablets per 1 day)
RELTONE ORAL CAPSULE ( <i>ursodiol</i> )	3	PA
URSO FORTE ORAL TABLET ( <i>ursodiol</i> )	3	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	3	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	
<i>ursodiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE ( <i>cromolyn sodium</i> )	3	
<b>*GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</b>		
AMITIZA ORAL CAPSULE ( <i>lubiprostone</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<b>*GASTROINTESTINAL STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
GIMOTI NASAL SOLUTION ( <i>metoclopramide hcl</i> )	3	PA; QL (1 bottle per 4 weekss)
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1a*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 10 MG ( <i>metoclopramide hcl</i> )	3	QL (6 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 5 MG ( <i>metoclopramide hcl</i> )	3	QL (12 tablets per 1 day)
<b>*GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-2 (GLP-2) ANALOGS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT ( <i>teduglutide (rdna)</i> )	3	PA; LD; SP
<b>*HEPATOTROPICS - THYROID HORMONE RECEPTOR-BETA AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
REZDIFFRA ORAL TABLET ( <i>resmetirom</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS*** - DRUGS FOR CONSTIPATION</b>		
LINZESS ORAL CAPSULE ( <i>linaclotide</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
<b>*IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</b>		
VIBERZI ORAL TABLET ( <i>eluxadoline</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</b>		
<i>alosetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LOTRONEX ORAL TABLET ( <i>alosetron hcl</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*IBS AGENT - SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</b>		
IBSRELA ORAL TABLET ( <i>tenapanor hcl</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<b>*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG ( <i>odevixibat</i> )	4	PA; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG ( <i>odevixibat</i> )	4	PA; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG ( <i>odevixibat</i> )	4	PA; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG ( <i>odevixibat</i> )	4	PA; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML ( <i>maralixibat chloride</i> )	4	PA; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML ( <i>maralixibat chloride</i> )	4	PA; QL (90 mL per 30 days)
<b>*INFLAMMATORY BOWEL AGENTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>mesalamine</i> )	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>sulfasalazine</i> )	3	QL (8 tablet per 1 day)
AZULFIDINE ORAL TABLET ( <i>sulfasalazine</i> )	3	QL (8 tablet per 1 day)
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY ( <i>mesalamine</i> )	3	QL (1 suppository per 1 day)
COLAZAL ORAL CAPSULE ( <i>balsalazide disodium</i> )	3	QL (9 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>mesalamine</i> )	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE ( <i>olsalazine sodium</i> )	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>mesalamine</i> )	3	ST; QL (4 tablet per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (8 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>mesalamine rectal enema</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mesalamine rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG ( <i>mesalamine</i> )	2	QL (16 capsule per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG ( <i>mesalamine</i> )	3	ST; QL (8 capsule per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT ( <i>mesalamine-cleanser</i> )	3	QL (1 kit per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA ( <i>mesalamine</i> )	3	QL (60 mL per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<b>*INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>vedolizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>vedolizumab</i> )	4	PA; QL (1 pen/syringe per 2 weeks); SP
<b>*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>mirikizumab-mrkz</i> )	4	PA; LD; QL (3 vials per 1 one-time fill); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>mirikizumab-mrkz</i> )	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>mirikizumab-mrkz</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	4	PA; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>risankizumab-rzaa</i> )	4	PA; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ustekinumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
<b>*INTESTINAL ACIDIFIERS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>enulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>generlac oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<b>*LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION ( <i>fecal microbiota, live-jslm</i> )	4	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE ( <i>fecal microb spores, live-brpk</i> )	4	PA; QL (12 capsules per 1 lifetime)
<b>*PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>alvimopan oral capsule</i>	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET ( <i>naloxegol oxalate</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET ( <i>methylnaltrexone bromide</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>methylnaltrexone bromide</i> )	3	ST; QL (1 syringe per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET ( <i>naldemedine tosylate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*PEROXISOME PROLIFERATOR-ACTIVATED RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
IQIRVO ORAL TABLET ( <i>elafibranor</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
LIVDELZI ORAL CAPSULE ( <i>seladelpar lysine</i> )	4	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*PHOSPHATE BINDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
AURYXIA ORAL TABLET ( <i>ferric citrate</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET ( <i>lanthanum carbonate</i> )	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>lanthanum carbonate</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 0.8 GM ( <i>sevelamer carbonate</i> )	3	ST; QL (6 packets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 2.4 GM ( <i>sevelamer carbonate</i> )	3	ST; QL (3 packets per 1 day)
RENVELA ORAL TABLET ( <i>sevelamer carbonate</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	1 or 1b*	QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>sucroferric oxyhydroxide</i> )	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<b>*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS (GI)*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</b>		
VELSIPITY ORAL TABLET ( <i>etrasimod arginine</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
XERMELO ORAL TABLET ( <i>telotristat etiprate</i> )	4	PA; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>infliximab-axxq</i> )	4	PA; LD; SP
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>certolizumab pegol</i> )	4	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT ( <i>certolizumab pegol</i> )	4	PA; QL (1 package per 28 days); SP
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>certolizumab pegol</i> )	4	PA; QL (1 kit per 365 days); SP
INFLECTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>infliximab-dyyb</i> )	4	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>infliximab</i> )	4	PA; LD; SP
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>infliximab-abda</i> )	4	PA; LD; SP
ZYMFENTRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>infliximab-dyyb</i> )	4	PA; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>infliximab-dyyb</i> )	4	PA; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>infliximab-dyyb</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 14 days); SP
<b>*GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>*ANESTHETICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEDATION</b>		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>etomidate</i> )	3	
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION ( <i>propofol</i> )	3	
<i>etomidate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>fresenius propoven intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION ( <i>ketamine hcl</i> )	3	
<i>ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>ketamine hcl-sodium chloride intravenous solution 1250-0.9 mg/250ml-%, 2500-0.9 mg/250ml-%, 500-0.9 mg/250ml-%</i>	3	
<i>propofol intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
<i>propofol-lípuro intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
<b>*BARBITURATE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION</b>		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>methohexital sodium</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*VOLATILE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION</b>		
<i>desflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION ( <i>isoflurane</i> )	3	
<i>isoflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
<i>sevoflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
SUPRANE INHALATION SOLUTION ( <i>desflurane</i> )	3	
<i>terrell inhalation solution</i>	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION ( <i>sevoflurane</i> )	3	
<b>*GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<b>*5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE</b>		
AVODART ORAL CAPSULE ( <i>dutasteride</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>dutasteride oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PROSCAR ORAL TABLET ( <i>finasteride</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>doxazosin mesylate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
FLOMAX ORAL CAPSULE ( <i>tamsulosin hcl</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
RAPAFLO ORAL CAPSULE ( <i>silodosin</i> )	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>silodosin oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>alfuzosin hcl</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<b>*CITRATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>potassium citrate</i> )	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>potassium citrate</i> )	3	
<b>*CYSTINOSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
CYSTAGON ORAL CAPSULE ( <i>cysteamine bitartrate</i> )	4	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>cysteamine bitartrate</i> )	4	PA
PROCYSBI ORAL PACKET ( <i>cysteamine bitartrate</i> )	4	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*GENTOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<i>acetic acid irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>argyle sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>curity sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine urologic irrigation solution</i>	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION ( <i>citric ac-gluconolact-mg carb</i> )	3	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
<b>*IGAN AGENTS - ENDOTHELIN &amp; ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
FILSPARI ORAL TABLET ( <i>sparsentan</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
ELMIRON ORAL CAPSULE ( <i>pentosan polysulfate sodium</i> )	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION ( <i>dimethyl sulfoxide</i> )	3	
<b>*PHOSPHATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET ( <i>pot &amp; sod ac phosphates</i> )	3	
<b>*PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE</b>		
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
ENTADFI ORAL CAPSULE ( <i>finasteride-tadalafil</i> )	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>lumasiran sodium</i> )	4	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>nedosiran sodium</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>nedosiran sodium</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 30 days); SP
<b>*URINARY ANALGESICS*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>eq urinary pain relief max st oral tablet 99.5 mg</i>	1 or 1b*	
<b>*URINARY STONE AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
LITHOSTAT ORAL TABLET ( <i>acetohydroxamic acid</i> )	3	
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG ( <i>tiopronin</i> )	3	PA; QL (10 tablet per 1 day)
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 300 MG ( <i>tiopronin</i> )	3	PA; QL (3 tablet per 1 day)
THIOLA ORAL TABLET ( <i>tiopronin</i> )	3	PA; QL (10 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tiopronin oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (10 tablet per 1 day)
<i>tiopronin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (10 tablet per 1 day)
<b>*VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE ( <i>dextranomer-hyaluronic acid</i> )	3	
<b>*GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>*GOUT AGENT COMBINATIONS*** - GOUT DRUGS</b>		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*GOUT AGENTS*** - GOUT DRUGS</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 200 mg</i>	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>allopurinol sodium</i> )	3	
<i>colchicine oral capsule</i>	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<i>colchicine oral tablet</i>	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
<i>febuxostat oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION ( <i>colchicine</i> )	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pegloticase</i> )	4	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
MITIGARE ORAL CAPSULE ( <i>colchicine</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
ULORIC ORAL TABLET ( <i>febuxostat</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*URICOSURICS*** - GOUT DRUGS</b>		
<i>probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<b>*AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA* - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>adzynma intravenous kit</i>	4	PA; LD
<b>*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>givosiran sodium</i> )	4	PA
<b>*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2ML, 60 MG/0.4ML ( <i>emicizumab-kxwh</i> )	4	PA; LD; SP
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.4ML ( <i>emicizumab-kxwh</i> )	4	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING</b>		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i> )	4	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT ( <i>antihemophil fact single chain</i> )	4	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophilic factor-vwf</i> )	4	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor ix</i> )	4	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor ix (rfixfc)</i> )	4	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihem fact fc-vwf-xten-eh1l</i> )	4	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>prothrombin complex human-lans</i> )	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT ( <i>coagulation factor ix (recomb)</i> )	4	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor x (human)</i> )	4	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT ( <i>factor xiii concentrate human</i> )	4	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihem fact (bdd-rfviiiifc)</i> )	4	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemoph fact rcmb gpeg-exei</i> )	4	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antiinhibitor coagulant cmplx</i> )	4	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>fibrinogen concentrate (human)</i> )	4	PA; LD; SP
HEMOPIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophilic factor</i> )	4	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophilic factor-vwf</i> )	4	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor ix (rix-fp)</i> )	4	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor ix (recomb)</i> )	4	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ahf (bdd-rfviii peg-aucl)</i> )	4	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT ( <i>prothrombin complex conc human</i> )	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophilic factor</i> )	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophilic factor</i> )	4	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT ( <i>antihem factor recomb (rfviii)</i> )	4	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i> )	4	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihemophil fact bd truncated</i> )	4	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor viia recomb</i> )	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT ( <i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i> )	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i> )	4	PA; LD; SP
<i>obizur intravenous solution reconstituted</i>	4	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>factor ix complex</i> )	4	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor ix glycopeg</i> )	4	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antihem factor recomb (rfviii)</i> )	4	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>fibrinogen concentrate (human)</i> )	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor viia-jnew</i> )	4	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>coagulation factor xiii a-sub</i> )	4	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>von willebrand factor (recomb)</i> )	4	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT ( <i>antihemophilic factor-vwf</i> )	4	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT ( <i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i> )	4	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT ( <i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
CABLIVI INJECTION KIT ( <i>caplacizumab-yhdp</i> )	4	PA
<b>*BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>icatibant acetate</i> )	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sajazir subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
<b>*C1 ESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
BERINERT INTRAVENOUS KIT ( <i>c1 esterase inhibitor (human)</i> )	4	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>c1 esterase inhibitor (human)</i> )	4	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT ( <i>c1 esterase inhibitor (human)</i> )	4	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT ( <i>c1 esterase inhibitor (human)</i> )	4	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>c1 esterase inhibitor (recomb)</i> )	4	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
<b>*COMPLEMENT C1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sutimlimab-jome</i> )	4	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
<b>*COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>pegcetacoplan</i> )	4	PA; QL (200 mL per 30 days)
<b>*COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
PIASKY INJECTION SOLUTION ( <i>crovalimab-akkz</i> )	4	PA; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>eculizumab</i> )	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1100 MG/11ML ( <i>ravulizumab-cwvz</i> )	4	PA; LD; QL (3 vials per 56 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/3ML ( <i>ravulizumab-cwvz</i> )	4	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION ( <i>pozelimab-bbfg</i> )	4	PA; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>zilucoplan sodium</i> )	4	PA; QL (1 syringe per 1 day)
<b>*COMPLEMENT C5A INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>gohibic intravenous solution</i>	3	
<b>*COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
TAVNEOS ORAL CAPSULE ( <i>avacopan</i> )	4	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<b>*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
FABHALTA ORAL CAPSULE ( <i>iptacopan hcl</i> )	4	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<b>*COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
VOYDEYA ORAL TABLET ( <i>danicopan</i> )	4	PA; QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>danicopan</i> )	4	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<b>*DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
BRILINTA ORAL TABLET ( <i>ticagrelor</i> )	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>cangrelor tetrasodium</i> )	3	
<b>*GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE ( <i>tirofiban hcl</i> )	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tirofiban hcl in nacl</i> )	3	
<i>eptifibatide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tirofiban hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*HEMATORHEOLOGIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<b>*HEMIN*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>hemin</i> )	3	
<b>*HUMAN PROTEIN C*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>protein c concentrate (human)</i> )	4	LD; SP
<b>*PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>cilostazol oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*PLASMA EXPANDERS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>hetastarch-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>hetastarch-electrolytes</i> )	3	
<i>lmd in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lmd in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>lanadelumab-flyo</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>lanadelumab-flyo</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
<b>*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>ecallantide</i> )	4	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE ( <i>berotralstat hcl</i> )	4	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*PLASMA PROTEINS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>albumin human</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>albumin human</i> )	3	
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>albumin human-kjda</i> )	3	
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>albumin human</i> )	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>albumin human</i> )	3	
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>plasma human</i> )	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>plasma human</i> )	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>plasma human</i> )	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>plasma human</i> )	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>plasminogen human-tvmh</i> )	4	PA; SP
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>antithrombin iii (human)</i> )	3	
<b>*PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>aspirin-omeprazole</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*PLATELET AGGREGATION INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*PROTAMINE*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>protamine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
ZONTIVITY ORAL TABLET ( <i>vorapaxar sulfate</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*PYRUVATE KINASE ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
PYRUKYND ORAL TABLET ( <i>mitapivat sulfate</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>mitapivat sulfate</i> )	4	PA; QL (1 pack per 28 days)
<b>*QUINAZOLINE AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
AGRYLIN ORAL CAPSULE ( <i>anagrelide hcl</i> )	3	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
<b>*SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
TAVALISSE ORAL TABLET ( <i>fostamatinib disodium</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*THIENOPYRIDINE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EFFIENT ORAL TABLET ( <i>prasugrel hcl</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET ( <i>clopidogrel bisulfate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*THROMBOLYTIC AGENT - MISC*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>defibrotide sodium</i> )	4	
<b>*TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>alteplase</i> )	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>alteplase</i> )	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT ( <i>tenecteplase</i> )	3	
<b>*HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>*AGENTS FOR GAUCHER DISEASE*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE ( <i>eliglustat tartrate</i> )	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>imiglucerase</i> )	4	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>taliglucerase alfa</i> )	4	PA; LD; SP
<i>miglustat oral capsule</i>	2	PA; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>velaglucerase alfa</i> )	4	PA; LD; SP
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; QL (3 capsules per 1 day); SP
ZAVESCA ORAL CAPSULE ( <i>miglustat</i> )	4	PA; QL (3 capsules per 1 day)
<b>*AMINO ACIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ENDARI ORAL PACKET ( <i>glutamine (sickle cell)</i> )	4	PA; LD; SP
<i>l-glutamine oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<b>*COBALAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	1 or 1a*	
<i>cyanocobalamin nasal solution</i>	3	
<i>dodex injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NASCOBAL NASAL SOLUTION ( <i>cyanocobalamin</i> )	3	
<b>*CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>motixafortide acetate</i> )	4	PA
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>plerixafor</i> )	4	PA; LD; SP
<i>plerixafor subcutaneous solution</i>	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE ( <i>mavorixafor</i> )	4	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<b>*CYTOTOXIC AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
DROXIA ORAL CAPSULE ( <i>hydroxyurea</i> )	2	
SIKLOS ORAL TABLET ( <i>hydroxyurea</i> )	3	PA; SP
<b>*ERYTHROID MATURATION AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>luspaterecept-aamt</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION ( <i>darbepoetin alfa</i> )	4	PA; QL (4 vials per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML ( <i>darbepoetin alfa</i> )	4	PA; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML ( <i>darbepoetin alfa</i> )	4	PA; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION ( <i>epoetin alfa</i> )	4	PA; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>methoxy peg-epoetin beta</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION ( <i>epoetin alfa</i> )	4	PA; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION ( <i>epoetin alfa-epbx</i> )	4	PA; QL (12 mL per 28 days); SP
<b>*FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>foltabs 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*FOLIC ACID/FOLATES*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>cvs folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>fa-8 oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folate oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>folic acid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp folic acid oral tablet 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>true folic acid oral tablet 400 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>yl folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<b>*GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-jmdb</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-pbbk</i> )	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>tbo-filgrastim</i> )	4	PA; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tbo-filgrastim</i> )	4	PA; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>pegfilgrastim</i> )	4	PA; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION ( <i>filgrastim</i> )	4	PA; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>filgrastim</i> )	4	PA; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION ( <i>filgrastim-aafi</i> )	4	PA; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>filgrastim-aafi</i> )	4	PA; SP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-apgf</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>eflapegrastim-xnst</i> )	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-fpgk</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-cbqv</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>pegfilgrastim-cbqv</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-cbqv</i> )	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>filgrastim-sndz</i> )	4	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim-bmez</i> )	4	PA; LD; QL (2 injections per 28 days); SP
<b>*GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>sargramostim</i> )	4	PA; SP
<b>*HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR PROLYL HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG ( <i>daprodustat</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day)
JESDUVROQ ORAL TABLET 6 MG ( <i>daprodustat</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
JESDUVROQ ORAL TABLET 8 MG ( <i>daprodustat</i> )	4	PA; QL (3 tablets per 1 day)
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG ( <i>vadadustat</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VAFSEO ORAL TABLET 300 MG ( <i>vadadustat</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ACCRUFER ORAL CAPSULE ( <i>ferric maltol</i> )	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ferumoxytol</i> )	4	PA; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>na ferric gluc cplx in sucrose</i> )	4	PA; QL (16 vials per 8 weekss); SP
<i>ferumoxytol intravenous solution</i>	4	PA; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION ( <i>iron dextran</i> )	4	PA; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/2ML ( <i>ferric carboxymaltose</i> )	4	PA; QL (7 vials per 7 days); SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML ( <i>ferric carboxymaltose</i> )	4	PA; QL (2 vials per 14 days); SP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ferric derisomaltose</i> )	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</i>	4	PA; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>iron sucrose</i> )	4	PA; QL (15 mL per 84 days); SP
<b>*SELECTIN BLOCKERS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>crizanlizumab-tmca</i> )	4	PA; SP
<b>*THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS**** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 9 MG ( <i>eltrombopag choline</i> )	4	PA; DO; SP
ALVAIZ ORAL TABLET 36 MG, 54 MG ( <i>eltrombopag choline</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
DOPTELET ORAL TABLET ( <i>avatrombopag maleate</i> )	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET ( <i>lusutrombopag</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>romiplostim</i> )	4	PA; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	4	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<b>*HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING</b>		
ARTISS EXTERNAL KIT ( <i>fibrin sealant component</i> )	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION ( <i>fibrin sealant component</i> )	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD ( <i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i> )	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD ( <i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i> )	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD ( <i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i> )	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD ( <i>thrombin-cmc-cacl</i> )	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT ( <i>fibrin sealant component</i> )	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION ( <i>fibrin sealant component</i> )	3	
<b>*HEMOSTATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING</b>		
<i>aminocaproic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tranexamic acid</i> )	3	
<i>tranexamic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<b>*HEMOSTATICS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING</b>		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL ( <i>absorbable collagen hemostat</i> )	3	
AVITENE EXTERNAL PAD ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL ( <i>absorbable collagen hemostat</i> )	3	
GELFILM EXTERNAL FILM ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL ( <i>gelatin absorbable</i> )	3	
INSTAT EXTERNAL PAD ( <i>absorbable collagen hemostat</i> )	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>thrombin (recombinant)</i> )	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>thrombin (recombinant)</i> )	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD ( <i>oxidized cellulose</i> )	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL ( <i>absorbable collagen hemostat</i> )	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH ( <i>absorbable fibrin sealant</i> )	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT ( <i>thrombin</i> )	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT ( <i>thrombin</i> )	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>thrombin</i> )	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT ( <i>thrombin</i> )	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>thrombin</i> )	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL ( <i>microfibrillar coll hemostat</i> )	3	
<b>*HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*ANTI-HISTAMINE HYPNOTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>ft ibuprofen pm oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTI-HISTAMINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>eq sleep-aid oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*BARBITURATE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>phenobarbital sodium</i> )	3	
<b>*BENZODIAZEPINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>remimazolam besylate</i> )	4	
<i>estazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>flurazepam hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
HALCION ORAL TABLET ( <i>triazolam</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>midazolam hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>midazolam hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.8 MG/100ML-%, 50-0.8 MG/50ML-%	3	
<i>midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution</i>	3	
<i>quazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
RESTORIL ORAL CAPSULE ( <i>temazepam</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>temazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>triazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<b>*HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET ( <i>doxepin hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>zolpidem tartrate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET ( <i>zolpidem tartrate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>zolpidem tartrate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG ( <i>eszopiclone</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 3 MG ( <i>eszopiclone</i> )	3	ST; AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral capsule</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*OREXIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
BELSOMRA ORAL TABLET ( <i>suvorexant</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET ( <i>lemborexant</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET ( <i>daridorexant hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES**** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
<i>dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM ( <i>dexmedetomidine hcl</i> )	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>dexmedetomidine hcl in nacl</i> )	3	
<b>*SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION ( <i>tasimelteon</i> )	4	PA; QL (5 mL per 1 day)
HETLIOZ ORAL CAPSULE ( <i>tasimelteon</i> )	4	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ramelteon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ROZEREM ORAL TABLET ( <i>ramelteon</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tasimelteon oral capsule</i>	4	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>*BOWEL EVACUANT COMBINATIONS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION ( <i>sod picosulfate-mag ox-cit acid</i> )	3	QL (350 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> )	1 or 1a*; \$0	QL (1 bottle per 30 days)
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> )	3	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> )	3	QL (1 gram per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 kit per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT ( <i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i> )	3	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> )	3	QL (1 gram per 30 days)
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg 3350-kcl-nacl-nasulf-mgsul</i> )	3	QL (2 kits per 30 days)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION ( <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> )	3	QL (1 kit per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET ( <i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i> )	2	QL (24 tablets per 30 days)
<b>*BULK LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>cvs natural daily fiber oral powder 51.7 %</i>	1 or 1b*	
<b>*LAXATIVES - MISCELLANEOUS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>constulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>cvs purelax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs purelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq laxative oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gavilax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentlelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>glycolax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthylax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls laxaclear oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
KRISTALOSE ORAL PACKET ( <i>lactulose</i> )	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
<i>lactulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>peg 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc glycerin rectal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>qc natura-lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*LUBRICANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>mineral oil heavy oral oil</i>	1 or 1b*	
<b>*SALINE LAXATIVE MIXTURES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
FLEET SALINE ENEMA RECTAL ENEMA ( <i>sodium phosphates</i> )	2	
<b>*SALINE LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>citrate of magnesia oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>citroma oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dulcolax milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dulcolax oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION ( <i>magnesium citrate</i> )	1 or 1a*; \$0	
<i>ft magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentle laxative oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION ( <i>magnesium citrate</i> )	1 or 1a*; \$0	
<i>phillips milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*STIMULANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>alophen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq chocolate laxative oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ex-lax ultra oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womans laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<b>*SURFACTANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>eq stool softener extra str oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>eq stool softener oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	
<i>mm stool softener oral capsule</i>	1 or 1b*	
<b>*LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>*LOCAL ANESTHETIC &amp; SYMPATHOMIMETIC*** - DRUGS FOR SEDATION</b>		
<i>articadent dental injection solution cartridge</i>	3	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>bupivacaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION ( <i>bupivacaine-epinephrine</i> )	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION ( <i>bupivacaine-epinephrine</i> )	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE ( <i>articaine-epinephrine</i> )	3	
<i>sensorcaine/epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% -1:200000</i>	3	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % ( <i>bupivacaine-epinephrine</i> )	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION ( <i>lidocaine-epinephrine</i> )	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION ( <i>lidocaine-epinephrine</i> )	3	
<b>*LOCAL ANESTHETICS - AMIDES*** - DRUGS FOR SEDATION</b>		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
<i>bupivacaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION ( <i>bupivacaine hcl</i> )	3	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION ( <i>bupivacaine hcl</i> )	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT ( <i>lidocaine hcl</i> )	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION ( <i>ropivacaine hcl</i> )	3	
<i>polocaine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>polocaine-mpf injection solution</i>	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION ( <i>bupivacaine</i> )	3	
<i>ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf injection solution</i>	1 or 1b*	
XARACOLL IMPLANT IMPLANT ( <i>bupivacaine hcl</i> )	3	
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION ( <i>lidocaine hcl</i> )	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION ( <i>lidocaine hcl</i> )	3	
<b>*LOCAL ANESTHETICS - ESTERS*** - DRUGS FOR SEDATION</b>		
<i>chloroprocaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
NESACAINE INJECTION SOLUTION ( <i>chloroprocaine hcl</i> )	3	
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION ( <i>chloroprocaine hcl</i> )	3	
<b>*MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*AZITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral tablet</i>	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>azithromycin</i> )	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET ( <i>azithromycin</i> )	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>azithromycin</i> )	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET ( <i>azithromycin</i> )	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET ( <i>azithromycin</i> )	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET ( <i>azithromycin</i> )	3	
<b>*CLARITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ERYTHROMYCINS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	1 or 1b*	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	3	
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	3	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	3	
<i>ery-tab oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>erythromycin lactobionate</i> )	3	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<b>*FIDAXOMICIN*** - ANTIBIOTICS</b>		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>fidaxomicin</i> )	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET ( <i>fidaxomicin</i> )	3	QL (20 tablets per 1 fill)
<b>*MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<b>*CERVICAL CAPS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
FEMCAP VAGINAL DEVICE ( <i>cervical caps</i> )	2; \$0	
<b>*CONDOMS - FEMALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
FC2 FEMALE CONDOM ( <i>condoms - female</i> )	2; \$0	QL (12 units per 1 fill)
<b>*CONDOMS - MALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<i>aimsclo lubricated</i>	2; \$0	
<i>condoms</i>	2; \$0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
DUREX REALFEEL DEVICE ( <i>condoms non-latex lubricated</i> )	2; \$0	
DUREX TROPICAL ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
FANTASY LUBRICATED ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
KAMELEON LUBRICATED ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
<i>kimono</i>	2; \$0	
KIMONO COLORS DEVICE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
KIMONO MAXX-LARGE FLARE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
<i>kimono micro thin</i>	2; \$0	
<i>kimono micro thin plus</i>	2; \$0	
<i>kimono plus</i>	2; \$0	
<i>kimono ps</i>	2; \$0	
<i>kimono ps plus</i>	2; \$0	
<i>kimono sensation</i>	2; \$0	
<i>kimono sensation plus</i>	2; \$0	
KIMONO SPECIAL DEVICE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
<i>maxx</i>	2; \$0	
<i>maxx plus</i>	2; \$0	
REALITY LATEX CONDOMS ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
<i>true cover device</i>	2; \$0	
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDERED ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED ( <i>condoms latex non-lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED ( <i>condoms latex non-lubricated</i> )	2; \$0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ( <i>condoms latex lubricated</i> )	2; \$0	
<b>*DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
REMESENSE DENTAL ( <i>dental desensitizing product</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*DENTIFRICES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
MI PASTE DENTAL PASTE ( <i>dentifrices</i> )	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE ( <i>dentifrices</i> )	3	
<b>*DIAPERS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE 7 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLER NEWBRN ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 3 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 4 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 5 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 3 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 4 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY NEWBORN ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 1 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 2 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 3 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 4 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 5 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 6 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER NEWBN ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ 1 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ 2 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
PAMPERS EASY UPS 2T-3T ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
PAMPERS EASY UPS 4T-5T ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
PAMPERS SWADDLERS SIZE 7 ( <i>diapers &amp; supplies</i> )	2	
<b>*DIAPHRAGMS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm arc-spring</i> )	2; \$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragms</i> )	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	2; \$0	
<b>*GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
BD MICROTAINER LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM KIT ( <i>blood glucose monitoring suppl</i> )	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER ( <i>continuous glucose sensor</i> )	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER ( <i>continuous glucose sensor</i> )	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLUCOCOM LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI STERILE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR ( <i>continuous glucose sensor</i> )	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE ( <i>continuous glucose receiver</i> )	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) ( <i>continuous glucose sensor</i> )	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIBERTY MEDICAL LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITETOUCH LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS STANDARD	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA
MM TWIST LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER ( <i>continuous glucose transmitter</i> )	3	PA
PERFECT LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
RIGHTEST GL300 LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>saps health plus lancets</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SINGLE-LET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE THIN LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMARTEST LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
STERILANCE TL ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
SUPER THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 18G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURELITE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>true comfort safety lancets</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>twist top lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET CLASSIC LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNILET EXCELITE ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS 30G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WALGREENS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS THIN LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS ( <i>lancets</i> )	2	QL (204 lancets per 30 days)
ZEVEX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<b>*HOT/COLD COMBINATION THERAPY AIDS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<i>eq hot or cold large compress pad</i>	2	
<b>*INCONTINENCE SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
DEPEND FRESH PROTECTION MENS ( <i>incontinence supply disposable</i> )	2	
<b>*INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ( <i>insulin disposable pump</i> )	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD GO KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	3	PA
V-GO 20 KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	3	PA
V-GO 30 KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	3	PA
V-GO 40 KIT ( <i>insulin disposable pump</i> )	3	PA
<b>*NEEDLES &amp; SYRINGES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aq insulin syringe</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aqinject pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
<i>aum insulin safety pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U-500 ( <i>insulin syringe/needle u-500</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	2	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	2	QL (200 syringes per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CAREONE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE ( <i>injection device for insulin</i> )	3	PA
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	QL (200 needles per 30 days)
EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16"	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE	3	QL (200 syringes per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	3	QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>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</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringes (disposable)</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES 5/16"	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pure comfort safety pen needle</i>	3	QL (200 needles per 30 days)
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PX MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RA INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>raya sure pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle safety pen needles</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>sure comfort pen needles 31g x 6 mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>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</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ZEVEX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEVEX PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<b>*MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>rimegepant sulfate</i> )	2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET ( <i>atogepant</i> )	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET ( <i>ubrogepant</i> )	2	ST; QL (16 tablets per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SOLUTION ( <i>zavegepant hcl</i> )	3	ST; QL (8 devices per 30 days)
<b>*CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>erenumab-aooe</i> )	3	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>fremanezumab-vfrm</i> )	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>fremanezumab-vfrm</i> )	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	3	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	3	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	3	PA; QL (1 syringe per 28 days)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>eptinezumab-jjmr</i> )	4	PA; QL (1 vial per 3 monthss)
<b>*ERGOT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>migergot rectal suppository</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*MIGRAINE PRODUCTS - CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
ELYXYB ORAL SOLUTION ( <i>celecoxib (migraine)</i> )	3	ST; QL (43.2 mL per 30 days)
<b>*MIGRAINE PRODUCTS - NSAIDS**** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
CAMBIA ORAL PACKET ( <i>diclofenac potassium(migraine)</i> )	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
<i>diclofenac potassium(migraine) oral packet</i>	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
<b>*MIGRAINE PRODUCTS**** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	3	ST; QL (8 mL per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL ( <i>ergotamine tartrate</i> )	3	
MIGRANAL NASAL SOLUTION ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	3	ST; QL (8 mL per 28 days)
TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION ( <i>dihydroergotamine mesylate hfa</i> )	3	ST; QL (2 kits per 28 days)
<b>*SELECTIVE SEROTONIN AGONIST-NSAID COMBINATIONS**** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet</i>	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
TREXIMET ORAL TABLET ( <i>sumatriptan-naproxen sodium</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<b>*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>almotriptan malate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
FROVA ORAL TABLET ( <i>frovatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET ( <i>sumatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>sumatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML ( <i>sumatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML ( <i>sumatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET ( <i>rizatriptan benzoate</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>rizatriptan benzoate</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER ( <i>sumatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (1 kit per 30 days)
RELPAK ORAL TABLET ( <i>eletriptan hydrobromide</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sumatriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (5 vials per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
TOSYMRA NASAL SOLUTION ( <i>sumatriptan</i> )	3	ST; QL (12 units per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>sumatriptan succinate</i> )	3	ST; QL (8 syringes per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
ZOMIG NASAL SOLUTION ( <i>zolmitriptan</i> )	3	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Oral Tablet)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<b>*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG ( <i>lasmiditan succinate</i> )	3	ST; QL (8 tablets per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 50 MG ( <i>lasmiditan succinate</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 30 days)
<b>*MINERALS &amp; ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>*BICARBONATES*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	3	
<i>sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %</i>	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tromethamine</i> )	3	
<b>*CALCIUM COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>calcium 600-vitamin d3 oral tablet</i>	1 or 1b*	
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
<b>*CALCIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<b>*ELECTROLYTES &amp; DEXTROSE*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1 or 1b*	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %</i>	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-mb in dextrose</i> )	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-p in dextrose</i> )	3	
<i>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-%-%</i>	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	3	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-m in dextrose</i> )	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-r in dextrose</i> )	3	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*ELECTROLYTES ORAL*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>hydrating electrolyte oral packet</i>	2	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION ( <i>oral electrolytes</i> )	2	
<b>*ELECTROLYTES PARENTERAL*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-s</i> )	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-s (ph 7.4)</i> )	3	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-r</i> )	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-r (ph 7.4)</i> )	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>electrolyte-a</i> )	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	3	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	3	
<i>ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE ( <i>parenteral electrolytes</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*FLUORIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
FLORIVA ORAL LIQUID ( <i>sodium fluoride-vitamin d</i> )	3	
<b>*FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>sodium fluoride oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<b>*MAGNESIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>ft magnesium oxide oral tablet</i>	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<b>*MANGANESE*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>manganese chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*PHOSPHATE*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>sodium glycerophosphate</i> )	3	
K-PHOS ORAL TABLET ( <i>potassium phosphate monobasic</i> )	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET ( <i>k phos mono-sod phos di &amp; mono</i> )	3	
<i>phospha 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phosphorous oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin k500 oral tablet</i>	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES INTRAVENOUS SOLUTION 15 MMOLE/5ML, 150 MMOLE/50ML	3	
<i>potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution</i>	3	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sodium phosphates intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>wes-phos 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*POTASSIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>potassium chloride</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POKONZA ORAL PACKET ( <i>potassium chloride</i> )	3	ST
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral solution</i>	1 or 1b*	
<b>*SODIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>aquastat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>bd posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Bd Posiflush Safescrub Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>monoject flush syringe intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>monoject sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>normal saline flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	1 or 1b*	
<b>*TRACE MINERAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>trace minerals cr-cu-mn-zn</i> )	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>trace minerals cu-mn-se-zn</i> )	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT ( <i>trace minerals cr-cu-mn-se-zn</i> )	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>trace minerals cu-mn-se-zn</i> )	3	
<b>*TRACE MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>chromic chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cupric chloride intravenous solution</i>	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 12 MCG/2ML, 60 MCG/ML	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ZINC*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
GALZIN ORAL CAPSULE ( <i>zinc acetate (oral)</i> )	3	
<i>zinc chloride intravenous solution</i>	3	
<i>zinc sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<b>*MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<b>*ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
JOENJA ORAL TABLET ( <i>leniolisib phosphate</i> )	4; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
<b>*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT ( <i>allogeneic thymus tissue-agdc</i> )	3	
<b>*ANTILEPTOTICS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
THALOMID ORAL CAPSULE ( <i>thalidomide</i> )	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
<b>*B-LYMPHOCYTE STIMULATOR (BLYS)-SPECIFIC INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>belimumab</i> )	4	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>belimumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>belimumab</i> )	4	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
<b>*CHELATING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE ( <i>penicillamine</i> )	3	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP
CUVRIOR ORAL TABLET ( <i>trientine tetrahydrochloride</i> )	4	PA; QL (10 tablets per 1 day)
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET ( <i>penicillamine</i> )	3	PA; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>penicillamine oral capsule</i>	3	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP
<i>penicillamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 tablets per 1 day); SP
SYPRINE ORAL CAPSULE ( <i>trientine hcl</i> )	3	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day); SP
<i>trientine hcl oral capsule 500 mg</i>	4	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP
<b>*CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION ( <i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i> )	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION ( <i>bicarb-dextrose-ca (crrt)</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<b>*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>tacrolimus</i> )	3	
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>tacrolimus</i> )	3	
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>tacrolimus</i> )	2	SP
PROGRAF ORAL CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	3	
PROGRAF ORAL PACKET ( <i>tacrolimus</i> )	3	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION ( <i>sirolimus</i> )	3	
RAPAMUNE ORAL TABLET ( <i>sirolimus</i> )	3	
<i>sirolimus oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>sirolimus oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1 or 1b*	
ZORTRESS ORAL TABLET ( <i>everolimus</i> )	3	
<b>*MISC NATURAL PRODUCTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
DIM-PLUS ORAL CAPSULE ( <i>misc natural products</i> )	2	
<b>*MONOCLONAL ANTIBODIES*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>satralizumab-mwge</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>emapalumab-lzsg</i> )	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>basiliximab</i> )	3	
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>inebilizumab-cdon</i> )	4	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
<b>*NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML ( <i>rozanolixizumab-noli</i> )	4	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML ( <i>rozanolixizumab-noli</i> )	4	PA; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>efgartigimod alfa-fcab</i> )	4	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
<b>*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
VIJOICE ORAL PACKET ( <i>alpelisib</i> )	4	PA; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG ( <i>alpelisib</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG ( <i>alpelisib</i> )	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*POTASSIUM REMOVING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM ( <i>sodium zirconium cyclosilicate</i> )	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM ( <i>sodium zirconium cyclosilicate</i> )	3	QL (3 packets per 1 day)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1 or 1b*	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension</i>	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM ( <i>patiromer sorbitex calcium</i> )	3	QL (8 packets per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM ( <i>patiromer sorbitex calcium</i> )	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM ( <i>patiromer sorbitex calcium</i> )	3	QL (3 packets per 1 day)
<b>*PROSTAGLANDINS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION ( <i>alprostadil</i> )	3	
<b>*PURINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>azasan oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>azathioprine oral tablet</i>	1 or 1b*	
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IMURAN ORAL TABLET ( <i>azathioprine</i> )	3	
<b>*ROCK INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
REZUROCK ORAL TABLET ( <i>belumosudil mesylate</i> )	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>*SCLEROSING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>polidocanol</i> )	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ethanolamine oleate</i> )	3	
<i>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % ( <i>sodium tetradecyl sulfate</i> )	1 or 1b*	
<i>sotradecol intravenous solution 3 %</i>	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM ( <i>polidocanol</i> )	3	
<b>*SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>belatacept</i> )	3	PA
<b>*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>anifrolumab-fnia</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
<b>*UREMIC PRURITUS AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS</b>		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>difelikefalin acetate</i> )	3	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREVIDENT 5000 KIDS DENTAL PASTE ( <i>sodium fluoride</i> )	3	QL (3.7 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE ( <i>sodium fluoride</i> )	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM ( <i>sodium fluoride</i> )	3	QL (3.4 grams per 1 day)
PREVIDENT DENTAL GEL ( <i>sodium fluoride</i> )	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION ( <i>sodium fluoride</i> )	3	
<i>sf 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sf dental gel</i>	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	
<b>*LOZENGES*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>medikoff drops mouth/throat lozenge 5.8 mg</i>	1 or 1b*	
<b>*PROTECTANTS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
GELCLAIR MOUTH/THROAT GEL ( <i>povidone-nahyaluron-glycyrrhet</i> )	3	
<b>*SALIVA STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE ( <i>cevimeline hcl</i> )	3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET ( <i>pilocarpine hcl</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
<b>*STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
<i>oralone mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
<b>*MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>*B-COMPLEX VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E &amp; FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET	2; \$0	
<b>*B-COMPLEX W/ FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/electrolytes oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>big 100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kobee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm balanced b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*B-COMPLEX W/BIOTIN &amp; FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>b complex 100 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 complex cr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-100 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50/fa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>big 100 (biotin) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>complex b-100 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>complex b-50 prolonged release oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>endur-b oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql b complex 50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql b-100 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft b-100 complex pr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp b-100 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp b-50 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc b50 prolonged release oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>quin b strong b-25 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL CAPSULE ( <i>multiple vitamins-minerals</i> )	2	
CENTRUM MINIS WOMEN IMMUNE SUP ORAL TABLET ( <i>multiple vitamins-minerals</i> )	2	
<i>gnp century adult oral tablet</i>	2	
<i>medi tab oral tablet</i>	3	
<i>thera-vite max-m oral tablet</i>	2	
<b>*MULTIVITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vites oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ESTROFACTORS ORAL TABLET ( <i>multiple vitamin</i> )	2; \$0	
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>multiple vitamin</i> )	3	
<i>multi vitamin oral tablet</i>	2; \$0	
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multiple vitamin-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	2; \$0	
<i>multivitamin iron-free oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET ( <i>multiple vitamin</i> )	2; \$0	
<i>novite oral capsule</i>	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2; \$0	
<i>once daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily essential oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily essentials oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>elite-ob oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE ( <i>prenat vit-fe gly cys-fa-omega</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>inatal gt oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
MASONATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
MULTI PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>natal pnv oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
NEEVO DHA ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>neonatal prenatal oral tablet</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL ( <i>prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET ( <i>prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fecbn-feasppl-fa-fish</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fecbn-feasppl-fa-omega</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET ( <i>prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fecbn-feasppl-fa-omega</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ONE VITE WOMENS ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL ( <i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i> )	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	2	QL (2 units per 1 day)
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-select oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE ( <i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET ( <i>prenatal-feaspgly-methylfol-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE ( <i>pren-fe-meth-fa-omeg w/o a</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG ( <i>prenat vit-fepoly-methylfol-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG ( <i>prenatal vit-fe psac cmplx-fa</i> )	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE ( <i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE ( <i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL ( <i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i> )	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i> )	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL ( <i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i> )	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE ( <i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL ( <i>prenat-fechel-fa-dha w/o vit a</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<b>*PRENATAL MV &amp; MINERALS W/FA WITHOUT IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>prenat mv-min-methylfolate-fa</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*PRENATAL VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
PREMESISRX ORAL TABLET ( <i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATE AM ORAL TABLET ( <i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL STRIPS ORAL FILM ( <i>prenatal-b6-b12-d3-folic acid</i> )	2	ST; QL (1 EA per 1 day)
<b>*VITAMIN D &amp; K*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>d3 + k2 oral capsule</i>	2	
<b>*VITAMINS W/ LIPOTROPICS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET ( <i>vitamins-lipotropics</i> )	2; \$0	
<i>b complex (lipotropics) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2; \$0	
<i>cvs balanced b50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs inner ear plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
FLAVOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET ( <i>vitamins-lipotropics</i> )	1 or 1b*; \$0	
<i>lipo flavonoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lipoflavovit oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIPOTRIAD ORAL TABLET ( <i>vitamins-lipotropics</i> )	2; \$0	
<i>mega multiple/chelated mineral oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>risanoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ultra b-100 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<b>*MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
<b>*CENTRAL MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>cyclobenzaprine hcl</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
<i>baclofen oral solution 5 mg/5ml</i>	3	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>baclofen oral suspension</i>	3	PA; QL (16 mL per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	3	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>fexmid oral tablet</i>	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION ( <i>baclofen</i> )	3	PA; QL (16 mL per 1 day)
LYVISPAH ORAL PACKET 10 MG, 5 MG ( <i>baclofen</i> )	3	PA; QL (3 packets per 1 day)
LYVISPAH ORAL PACKET 20 MG ( <i>baclofen</i> )	3	PA; QL (4 packets per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methocarbamol oral tablet 1000 mg</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate injection solution</i>	1 or 1b*	
OZOBAX DS ORAL SOLUTION ( <i>baclofen</i> )	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
ROBAXIN INJECTION SOLUTION ( <i>methocarbamol</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOMA ORAL TABLET ( <i>carisoprodol</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
TANLOR ORAL TABLET ( <i>methocarbamol</i> )	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg</i>	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 4 mg</i>	3	ST; QL (9 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG ( <i>tizanidine hcl</i> )	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 4 MG ( <i>tizanidine hcl</i> )	3	ST; QL (9 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG ( <i>tizanidine hcl</i> )	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET ( <i>tizanidine hcl</i> )	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
<b>*DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>dantrolene sodium</i> )	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE ( <i>dantrolene sodium</i> )	3	
<i>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>revonto intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>dantrolene sodium</i> )	3	
<b>*MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
<i>norgesic oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>orphengesic forte oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<b>*RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG ( <i>palovarotene</i> )	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG ( <i>palovarotene</i> )	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG ( <i>palovarotene</i> )	4	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG ( <i>palovarotene</i> )	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*VISCOSUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>cross-linked hyaluronate</i> )	4	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hyaluronan</i> )	4	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hyaluronan</i> )	4	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hyaluronan</i> )	4	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hylan g-f 20</i> )	4	PA
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hylan g-f 20</i> )	4	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate (viscosup)</i> )	4	PA
<b>*NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE</b>		
<b>*ANESTHETIC COMBINATIONS** - ALLERGY</b>		
<i>lidocaine hcl-oxymetazoline nasal solution prefilled syringe</i>	3	
<b>*ANTIHISTAMINE-STEROID*** - ALLERGY</b>		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension</i>	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION ( <i>azelastine-fluticasone</i> )	3	QL (1 bottle per 30 days)
RYALTRIS NASAL SUSPENSION ( <i>olopatadine-mometasone</i> )	3	QL (1 inhaler per 30 days)
<b>*NASAL ANESTHETICS**** - ALLERGY</b>		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUMBRINO NASAL SOLUTION ( <i>cocaine hcl (nasal anesthetic)</i> )	3	
<b>*NASAL ANTICHOLINERGICS*** - ALLERGY</b>		
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
<b>*NASAL ANTIHISTAMINES*** - ALLERGY</b>		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
<b>*NASAL STEROIDS*** - ALLERGY</b>		
<i>flunisolide nasal solution</i>	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	1 or 1a*	QL (1 bottle per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION ( <i>ciclesonide</i> )	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT ( <i>mometasone furoate</i> )	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT ( <i>mometasone furoate</i> )	3	
PROPEL NASAL IMPLANT ( <i>mometasone furoate</i> )	3	
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION ( <i>beclomethasone diprop (nasal)</i> )	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION ( <i>beclomethasone diprop (nasal)</i> )	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION ( <i>fluticasone propionate</i> )	3	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
<b>*SYSTEMIC DECONGESTANTS*** - ALLERGY</b>		
<i>eq sinus &amp; congestion max str oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<b>*ALS AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
RELYVRIO ORAL PACKET ( <i>phenylbutyrate-taurursodiol</i> )	4	PA; LD; QL (56 packets per 28 days); SP
<b>*ALS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<i>edaravone intravenous solution</i>	4	PA; LD; SP
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION ( <i>edaravone</i> )	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION ( <i>edaravone</i> )	4	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
<b>*BENZATHIAZOLES*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
EXSERVAN ORAL FILM ( <i>riluzole</i> )	4	PA; QL (4 films per 1 day)
<i>riluzole oral tablet</i>	4	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION ( <i>riluzole</i> )	4	PA; QL (40 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
ANECTINE INJECTION SOLUTION ( <i>succinylcholine chloride</i> )	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION ( <i>succinylcholine chloride</i> )	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
<b>*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE ( <i>omaveloxolone</i> )	4	PA; QL (3 capsules per 1 day)
<b>*MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>eteplirsén</i> )	4	PA
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>viltolarsén</i> )	4	PA
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>golodirsén</i> )	4	PA
<b>*MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION ( <i>givinostat hcl</i> )	4	PA; QL (12 mL per 1 day)
<b>*NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>onabotulinumtoxiná</i> )	4	PA
DYSPOORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>abobotulinumtoxiná</i> )	4	PA; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>rimabotulinumtoxinb</i> )	4	PA; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>incobotulinumtoxiná</i> )	4	PA; SP
<b>*NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<i>atracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>rocuronium bromide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
DAYBUE ORAL SOLUTION ( <i>trofinetide</i> )	4	PA; QL (120 mL per 1 day)
<b>*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>risdiplam</i> )	4	PA; QL (5 mg per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>*AMINO ACID MIXTURES*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
<i>aminosyn ii intravenous solution 15 %</i>	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid elect-calc in d5w</i> )	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid elect-calc in d10w</i> )	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid elect-calc in d5w</i> )	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid elect-calc in d15w</i> )	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid elect-calc in d20w</i> )	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion in d10w</i> )	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion in d5w</i> )	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion in d15w</i> )	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion in d20w</i> )	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clinisol sf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>plenamine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>amino acid infusion</i> )	3	
<b>*AMINO ACIDS-SINGLE*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cysteine hcl</i> )	3	
<b>*CARBOHYDRATES*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
<b>*LIPIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION ( <i>fat emuls plant base(soy/oliv)</i> )	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID ( <i>triheptanoin</i> )	4	PA; LD; QL (2 bottles per 30 days); SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION ( <i>fat emulsion plant based (soy)</i> )	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION ( <i>fat emulsion plant based (soy)</i> )	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION ( <i>fish oil triglyceride based</i> )	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION ( <i>fat emul fish oil/plant based</i> )	3	
<b>*MISC. NUTRITIONAL SUBSTANCES*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>asian ginseng oral capsule</i>	2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250 MG ( <i>omega-3 fatty acids</i> )	2	
<b>*PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION ( <i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i> )	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION ( <i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<b>*ALPHA ADRENERGIC AGONIST &amp; CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>brinzolamide-brimonidine</i> )	2	QL (8 mL per 30 days)
<b>*ARTIFICIAL TEAR AND LUBRICANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<i>lubricant eye pm ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	
REFRESH P.M. OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>white petrolatum-mineral oil</i> )	1 or 1b*	
<b>*ARTIFICIAL TEARS AND LUBRICANTS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
EYES ALIVE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>carboxymethylcellulose sodium</i> )	1 or 1b*	
<b>*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>brimonidine tartrate-timolol</i> )	3	QL (15 mL per 30 days)
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> )	3	QL (10 mL per 30 days)
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> )	3	QL (60 units per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>timolol hemihydrate</i> )	3	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>betaxolol hcl</i> )	2	QL (15 mL per 30 days)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>timolol maleate</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ocudose ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %</i>	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % ( <i>timolol maleate</i> )	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % ( <i>timolol maleate</i> )	3	QL (20 mL per 30 days)
<b>*CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
TYRVAYA NASAL SOLUTION ( <i>varenicline tartrate</i> )	3	PA; QL (0.28 mL per 1 day)
<b>*CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS**** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cyclopentolate-phenylephrine</i> )	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE ( <i>tropicamide-phenylephrine</i> )	3	
<b>*CYCLOPLEGIC MYDRIATICS**** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	3	QL (15 mL per 30 days)
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>tropicamide</i> )	3	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<b>*LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG**** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>lifitegrast</i> )	2	PA; QL (2 vial per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>echothiophate iodide</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
<b>*MIOTICS - DIRECT ACTING*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>acetylcholine chloride</i> )	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION ( <i>carbachol</i> )	3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
VUITY OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>pilocarpine hcl</i> )	3	PA; QL (5 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>faricimab-svoa</i> )	4	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>faricimab-svoa</i> )	4	PA; SP
<b>*OPHTHALMIC ANTIALLERGIC*** - DRUGS FOR ITCHY EYE</b>		
ALOCRILOPHTHALMIC SOLUTION ( <i>nedocromil sodium</i> )	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>lodoxamide tromethamine</i> )	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution</i>	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>bepotastine besilate</i> )	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cetirizine hcl</i> )	3	ST; QL (2 boxes per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC ANTIBIOTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>azithromycin</i> )	3	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>besifloxacin hcl</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>mitomycin intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT ( <i>mitomycin</i> )	3	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>ofloxacin</i> )	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>tobramycin</i> )	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>moxifloxacin hcl</i> )	3	QL (3 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC ANTIFUNGAL*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>natamycin</i> )	3	QL (15 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC ANTISEPTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>povidone-iodine</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC ANTIVIRALS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL ( <i>ganciclovir</i> )	3	QL (5 gram per 7 days)
<b>*OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>brinzolamide</i> )	3	QL (15 ML per 30 days)
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>pegcetacoplan (ophthalmic)</i> )	4	PA
<b>*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>avacincaptad pegol</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<i>ak-fluor intravenous solution 10 %</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ak-fluor intravenous solution 25 %</i>	3	
<i>altafluor benox ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluorescein intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>fluorescein sodium</i> )	3	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>fluorexon-benoxinate</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
XDEMVIY OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>lotilaner</i> )	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
<b>*OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cyclosporine</i> )	3	PA; QL (2 vials per 1 day)
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 vials per 1 day)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION ( <i>cyclosporine</i> )	2	PA; QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION ( <i>cyclosporine</i> )	2	PA; QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION ( <i>cyclosporine</i> )	3	PA; QL (120 vials per 30 days)
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cyclosporine</i> )	3	PA; QL (0.2 mL per 1 day)
<b>*OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION ( <i>ophth irr soln-intraocular</i> )	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION ( <i>ophth irr soln-intraocular</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>netarsudil-latanoprost</i> )	3	QL (2.5 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETIC - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<i>bup-lido intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
<b>*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
AKTEN OPHTHALMIC GEL ( <i>lidocaine hcl</i> )	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>proparacaine hcl</i> )	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL ( <i>chloroprocaine hcl</i> )	3	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tetracaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<b>*OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cenegermin-bkbj</i> )	4	PA; QL (2 vials per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	3	QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	3	QL (1 box per 30 days)
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1.7 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>bromfenac sodium</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>nepafenac</i> )	2	QL (3 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>nepafenac</i> )	3	QL (3 mL per 30 days)
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>bromfenac sodium</i> )	3	QL (3 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>verteporfin</i> )	4	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
<b>*OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>riboflav5 &amp; riboflav5-dextran</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>netarsudil dimesylate</i> )	3	QL (2.5 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>brimonidine tartrate</i> )	3	QL (30 mL per 30 days)
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>apraclonidine hcl</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> )	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % ( <i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> )	3	QL (20 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>tobramycin-dexamethasone</i> )	2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>tobramycin-dexamethasone</i> )	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>loteprednol-tobramycin</i> )	2	QL (20 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	
<i>clobetasol propionate ophthalmic suspension</i>	3	QL (3.5 mL per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT ( <i>dexamethasone</i> )	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION ( <i>dexamethasone</i> )	3	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION ( <i>difluprednate</i> )	3	QL (10 mL per 30 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	PA; QL (20 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>fluorometholone acetate</i> )	3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>fluorometholone</i> )	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>fluorometholone</i> )	3	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	4	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL ( <i>loteprednol etabonate</i> )	3	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>dexamethasone</i> )	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT ( <i>dexamethasone</i> )	3	PA; LD; SP
PRED FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>prednisolone acetate</i> )	3	QL (20 mL per 30 days)
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>prednisolone acetate</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	3	
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	4	PA
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	3	PA
<b>*OPHTHALMIC SULFONAMIDES*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<b>*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION ( <i>na chondroit sulf-na hyaluron</i> )	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML ( <i>na hyalur &amp; na chond-na hyalur</i> )	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION ( <i>phenylephrine-ketorolac</i> )	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>na chondroit sulf-na hyaluron</i> )	3	
<b>*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	4	
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION ( <i>hypromellose</i> )	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	4	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	4	
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	4	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	4	
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	4	
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>brilliant blue g</i> )	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>sodium hyaluronate</i> )	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>trypan blue</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>oxymetazoline hcl</i> )	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
<b>*OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cysteamine hcl</i> )	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>cysteamine hcl</i> )	4	PA; QL (60 mL per 28 days)
<b>*OPHTHALMICS MISC. - OTHER*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>perfluorohexyloctane</i> )	3	PA; QL (2 bottles per 25 days)
<b>*PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT ( <i>bimatoprost</i> )	4	PA; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IDOSE TR INTRAOCULAR IMPLANT ( <i>travoprost</i> )	4	PA; QL (2 units per 1 lifetime)
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>latanoprost</i> )	3	QL (30 units per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>bimatoprost</i> )	2	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>travoprost</i> )	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>latanoprostene bunod</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>latanoprost</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION ( <i>latanoprost</i> )	3	QL (5 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>tafluprost</i> )	3	QL (9 mL per 30 days)
<b>*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE EYE</b>		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>brolocizumab-dbll</i> )	4	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>ranibizumab-nuna</i> )	4	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>ranibizumab-eqrn</i> )	4	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>aflibercept</i> )	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>aflibercept</i> )	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>aflibercept</i> )	4	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>ranibizumab</i> )	4	PA; LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>ranibizumab</i> )	4	LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION ( <i>ranibizumab</i> )	4	LD; SP
<b>*OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR</b>		
<b>*OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS*** - WAX REMOVAL</b>		
<i>acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	
<b>*OTIC ANALGESIC COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
PRAMOTIC OTIC LIQUID ( <i>pramoxine-chloroxylenol</i> )	3	
<b>*OTIC ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS</b>		
CETRAXAL OTIC SOLUTION ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	3	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ofloxacin otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
<b>*OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION ( <i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i> )	3	QL (10 mL per 1 fill)
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION ( <i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i> )	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	1 or 1b*	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTOVEL OTIC SOLUTION ( <i>ciprofloxacin-fluocinolone</i> )	3	QL (28 vials per 1 fill)
<b>*OTIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
DERMOTIC OTIC OIL ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	3	
<i>flac otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
<b>*OXYTOCICS* - HORMONES</b>		
<b>*ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe</i>	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT ( <i>dinoprostone</i> )	3	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>carboprost tromethamine</i> )	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL ( <i>dinoprostone</i> )	3	
<b>*OXYTOCICS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>methergine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>oxytocin injection solution</i>	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION ( <i>oxytocin</i> )	3	
<b>*PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>*ANTITOXINS-ANTIVENINS*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>centruroides (scorpion) im fab</i> )	3	
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>crotalidae immune fab (equine)</i> )	3	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>crotalidae polyval immune fab</i> )	3	
<b>*ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML ( <i>nirsevimab-alip</i> )	4; \$0	PA; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML ( <i>nirsevimab-alip</i> )	4; \$0	PA; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>pemivibart</i> )	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>palivizumab</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>bezlotoxumab</i> )	3	PA
<b>*IMMUNE SERUMS*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)-stwk</i> )	4	PA
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)-slra</i> )	4	PA; LD; SP
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>botulism immune globulin human</i> )	3	
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>vaccinia immune globulin human</i> )	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)-hipp</i> )	4	PA; LD; SP
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cytomegalovirus immune glob</i> )	4	SP
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
GAMMAKED INJECTION SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	4	SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 4 GM/20ML ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 GM/50ML ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	4	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	4	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION ( <i>rabies immune globulin</i> )	4	SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>rho d immune globulin</i> )	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>tetanus immune globulin</i> )	3	
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION ( <i>rabies immune globulin</i> )	4	SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	4	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>rho d immune globulin</i> )	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>hepatitis b immune globulin</i> )	4	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)-ifas</i> )	4	PA; LD; SP
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)</i> )	4	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>rho d immune globulin</i> )	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>rho d immune globulin</i> )	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>varicella-zoster immune glob</i> )	3	
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION ( <i>rho d immune globulin</i> )	4	QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>immune globulin (human)-klhw</i> )	4	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PASSIVE IMMUNIZING AGENTS - COMBINATIONS*** - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT ( <i>immune globulin-hyaluronidase</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*AMINOPENICILLINS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*NATURAL PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS</b>		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>penicillin g benzathine</i> )	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>penicillin g benzathine</i> )	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>penicillin g benzathine</i> )	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>pfizerpen injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*PENICILLIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> )	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> )	2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUGMENTIN ORAL TABLET ( <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> )	3	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>penicillin g benzathine &amp; proc</i> )	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>penicillin g benzathine &amp; proc</i> )	3	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ampicillin-sulbactam sodium</i> )	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ampicillin-sulbactam sodium</i> )	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>piperacillin-tazobactam in dex</i> )	3	
<b>*PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<b>*PHARMACEUTICAL ADJUVANTS*</b>		
<b>*SEMI SOLID VEHICLES***</b>		
<i>ft petroleum jelly external gel</i>	1 or 1b*	
<b>*PROGESTINS* - HORMONES</b>		
<b>*PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet)	1 or 1b*	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>progesterone</i> )	3	QL (2 capsules per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>progesterone</i> )	3	QL (2 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>*AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>lofexidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
LUCEMYRA ORAL TABLET ( <i>lofexidine hcl</i> )	3	QL (16 tablets per 1 day)
<b>*ALCOHOL DETERRENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*ANTI-CATAPLECTIC AGENTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER</b>		
LUMRYZ ORAL PACKET ( <i>sodium oxybate</i> )	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
LUMRYZ STARTER PACK ORAL THERAPY PACK ( <i>sodium oxybate</i> )	4	PA; QL (1 pack per 6 months)
<i>sodium oxybate oral solution</i>	3	PA; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION ( <i>sodium oxybate</i> )	3	PA; QL (18 mL per 1 day)
<b>*ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER</b>		
XYWAV ORAL SOLUTION ( <i>ca, mg, k, and na oxybates</i> )	4	PA; QL (18 mL per 1 day)
<b>*ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE</b>		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK ( <i>memantine hcl-donepezil hcl</i> )	2	QL (1 pack per 1 one-time fill)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>memantine hcl-donepezil hcl</i> )	2	QL (1 capsule per 1 day)
<b>*ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>inotersen sodium</i> )	4	PA; QL (4 syringes per 28 days)
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>eplontersen sodium</i> )	4	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
<b>*BENZODIAZEPINES &amp; TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE</b>		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>donepezil hcl</i> )	3	ST; QL (1 patch per 1 week)
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG ( <i>donepezil hcl</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG ( <i>donepezil hcl</i> )	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR ( <i>rivastigmine</i> )	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR ( <i>rivastigmine</i> )	3	ST; QL (1 gram per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
<b>*FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
SAVELLA ORAL TABLET ( <i>milnacipran hcl</i> )	2	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL ( <i>milnacipran hcl</i> )	2	QL (1 pack per 365 days)
<b>*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>bremelanotide acetate</i> )	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
<b>*MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
AUSTEDO ORAL TABLET ( <i>deutetrabenazine</i> )	4	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG ( <i>deutetrabenazine</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK ( <i>deutetrabenazine</i> )	4	PA; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	4	PA; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG ( <i>valbenazine tosylate</i> )	4	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>valbenazine tosylate</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG ( <i>tetrabenazine</i> )	4	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
XENAZINE ORAL TABLET 25 MG ( <i>tetrabenazine</i> )	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
<b>*MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
AUBAGIO ORAL TABLET ( <i>teriflunomide</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>teriflunomide oral tablet</i>	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<b>*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>cladribine</i> )	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
<b>*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>ocrelizumab-hyaluronidase-ocsq</i> )	4	PA; QL (1 vial per 6 months)
<b>*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT ( <i>interferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>interferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT ( <i>interferon beta-1b</i> )	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT ( <i>interferon beta-1b</i> )	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>interferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>interferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>interferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>interferon beta-1a</i> )	4	PA; QL (1 pack per 1 fill); SP
<b>*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ublituximab-xiiy</i> )	4	PA; LD; QL (3 vials per 24 weeks); SP
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>ofatumumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>alemtuzumab</i> )	4	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ocrelizumab</i> )	4	PA; LD; QL (2 vials per 180 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE ( <i>natalizumab</i> )	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
<b>*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>monomethyl fumarate</i> )	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PHENOTHIAZINES &amp; TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	AL
<b>*POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>gabapentin (once-daily) oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG ( <i>gabapentin (once-daily)</i> )	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG ( <i>gabapentin (once-daily)</i> )	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG ( <i>gabapentin (once-daily)</i> )	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG ( <i>gabapentin (once-daily)</i> )	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG ( <i>pregabalin</i> )	3	PA; DO
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG ( <i>pregabalin</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<b>*PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE ( <i>dextromethorphan-quinidine</i> )	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<b>*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
AQNEURSA ORAL PACKET ( <i>levacetylleucine</i> )	4	PA; QL (4 packets per 1 day)
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
MIPLYFFA ORAL CAPSULE ( <i>arimoclomol citrate</i> )	4	PA; QL (3 capsules per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
<b>*RESTLESS LEG SYNDROME (RLS) AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE ( <i>gabapentin enacarbil</i> )	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
ADDYI ORAL TABLET ( <i>flibanserin</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>vutrisiran sodium</i> )	4	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>patisiran sodium</i> )	4	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
<b>*SMOKING DETERRENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>habitrol transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR ( <i>nicotine</i> )	2; \$0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE ( <i>nicotine polacrilex</i> )	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM ( <i>nicotine polacrilex</i> )	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE ( <i>nicotine polacrilex</i> )	2; \$0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM ( <i>nicotine polacrilex</i> )	2; \$0	
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; \$0	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTROL INHALATION INHALER ( <i>nicotine</i> )	3; \$0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION ( <i>nicotine</i> )	3; \$0	QL (4 mL per 1 day)
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra mini nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine gum mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>thrive mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*; \$0	QL (53 dose pack per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablet per 1 day)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablet per 1 day)
<b>*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
<i>fingolimod hcl oral capsule</i>	4	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE ( <i>fingolimod hcl</i> )	4	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG ( <i>siponimod fumarate</i> )	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG ( <i>siponimod fumarate</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG ( <i>siponimod fumarate</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG ( <i>siponimod fumarate</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET ( <i>ponesimod</i> )	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>ponesimod</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>fingolimod lauryl sulfate</i> )	4	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>ozanimod hcl</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE ( <i>ozanimod hcl</i> )	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>ozanimod hcl</i> )	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
<b>*THIENBENZODIAZEPINES &amp; OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
LYBALVI ORAL TABLET ( <i>olanzapine-samidorphane</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*THIENBENZODIAZEPINES &amp; SSRIS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE ( <i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> )	3	DO; AL
<b>*VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>paroxetine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
<b>*RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>*ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>alpha1-proteinase inhibitor</i> )	4	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>alpha1-proteinase inhibitor</i> )	4	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>alpha1-proteinase inhibitor</i> )	4	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>alpha1-proteinase inhibitor</i> )	4	PA; LD; SP
<b>*CFTR POTENTIATORS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS</b>		
KALYDECO ORAL PACKET ( <i>ivacaftor</i> )	4	PA; QL (2 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KALYDECO ORAL TABLET ( <i>ivacaftor</i> )	4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>*CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS</b>		
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG ( <i>lumacaftor-ivacaftor</i> )	4	PA; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG ( <i>lumacaftor-ivacaftor</i> )	4	PA; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET ( <i>lumacaftor-ivacaftor</i> )	4	PA; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>tezacaftor-ivacaftor</i> )	4	PA; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i> )	4	PA; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK ( <i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i> )	4	PA; QL (1 carton per 28 days)
<b>*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS</b>		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE ( <i>mannitol (cystic fibrosis)</i> )	4	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE ( <i>mannitol (cystic fibrosis)</i> )	4	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
<b>*HYDROLYTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION ( <i>dornase alfa</i> )	4	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
<b>*PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
OFEV ORAL CAPSULE ( <i>nintedanib esylate</i> )	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
<b>*PULMONARY FIBROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
ESBRIET ORAL CAPSULE ( <i>pirfenidone</i> )	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG ( <i>pirfenidone</i> )	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG ( <i>pirfenidone</i> )	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral capsule</i>	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	4	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*SULFONAMIDES*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*AMINOMETHYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS</b>		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>omadacycline tosylate</i> )	3	
NUZYRA ORAL TABLET ( <i>omadacycline tosylate</i> )	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
<b>*FLUOROCYCLINES*** - ANTIBIOTICS</b>		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>eravacycline dihydrochloride</i> )	3	
<b>*GLYCYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS</b>		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>tigecycline</i> )	3	
<b>*TETRACYCLINES*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>doxycycline hyclate</i> )	3	ST
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 75 mg</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	3	ST
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>minocycline hcl</i> )	3	
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MINOLIRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>minocycline hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mondoxylene nl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
SEYSARA ORAL TABLET ( <i>sarecycline hcl</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>targadox oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral tablet</i>	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<b>*THYROID AGENTS* - HORMONES</b>		
<b>*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR THYROID</b>		
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3	
<b>*ANTITHYROID AGENTS*** - DRUGS FOR THYROID</b>		
<i>methimazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID</b>		
ADTHYZA ORAL TABLET ( <i>thyroid</i> )	3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET ( <i>thyroid</i> )	3	
CYTOMEL ORAL TABLET ( <i>liothyronine sodium</i> )	3	
ERMEZA ORAL SOLUTION ( <i>levothyroxine sodium</i> )	3	
<i>euthyrox oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levo-t oral tablet</i>	1 or 1b*	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
<i>levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml</i>	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>levothyroxine sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>levoxyl oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>liothyronine sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>niva thyroid oral tablet</i>	3	
<i>np thyroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET ( <i>levothyroxine sodium</i> )	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION ( <i>levothyroxine sodium</i> )	3	
<i>thyroid oral tablet</i>	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE ( <i>levothyroxine sodium</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION ( <i>levothyroxine sodium</i> )	3	
<i>unithroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
<b>*TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>*TOXOID COMBINATIONS*** - VACCINES</b>		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>tetanus-diphth-acell pertussis</i> )	3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>tetanus-diphth-acell pertussis</i> )	3; \$0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>diphth-acell pertussis-tetanus</i> )	3; \$0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>diphth-acell pertussis-tetanus</i> )	3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	3; \$0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</i> )	3; \$0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>dtap-ipv-hib vaccine</i> )	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	3; \$0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>tetanus-diphtheria toxoids td</i> )	3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>tetanus-diphtheria toxoids td</i> )	3; \$0	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; \$0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recomb</i> )	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recomb</i> )	3	
<b>*ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>*ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</i>	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE ( <i>chlordiazepoxide-clidinium</i> )	3	
<b>*ANTISPASMODICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>dicyclomine hcl</i> )	3	
<i>dicyclomine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	1 or 1a*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
<b>*BELLADONNA ALKALOIDS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 0.5 MG/5ML, 1 MG/10ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<b>*H-2 ANTAGONIST-ANTACID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>goodsense dual action complete oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<b>*H-2 ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>eq famotidine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine premixed intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nizatidine oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG ( <i>famotidine</i> )	3	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG ( <i>famotidine</i> )	3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>*MISC. ANTI-ULCER*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
CARAFATE ORAL SUSPENSION ( <i>sucralfate</i> )	3	
CARAFATE ORAL TABLET ( <i>sucralfate</i> )	3	
<i>sucralfate oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>sucralfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<b>*PPI - POTASSIUM-COMPETITIVE ACID BLOCKERS (P-CAB)*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG ( <i>vonoprazan fumarate</i> )	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG ( <i>vonoprazan fumarate</i> )	3	PA; QL (56 tablets per 8 months)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*PROTON PUMP INHIBITOR-ANTACID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
KONVOMEPE ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1100 mg</i>	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet</i>	3	ST; QL (1 packet per 1 day)
ZEGERID ORAL CAPSULE ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ZEGERID ORAL PACKET ( <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> )	3	ST; QL (1 packet per 1 day)
<b>*PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>rabeprazole sodium</i> )	3	ST
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>dexlansoprazole</i> )	3	ST
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release</i>	3	ST
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole magnesium oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ft acid reducer oral capsule delayed release 20 mg</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	3	ST
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>esomeprazole sodium</i> )	3	
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	3	ST
NEXIUM ORAL PACKET ( <i>esomeprazole magnesium</i> )	3	ST
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium oral packet</i>	3	ST
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>lansoprazole</i> )	3	ST
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE ( <i>lansoprazole</i> )	3	ST
PRILOSEC ORAL PACKET ( <i>omeprazole magnesium</i> )	3	ST
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>pantoprazole sodium</i> )	3	
PROTONIX ORAL PACKET ( <i>pantoprazole sodium</i> )	3	ST
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>pantoprazole sodium</i> )	3	ST
RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	3	ST
<b>*QUATERNARY ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
CUVPOSA ORAL SOLUTION ( <i>glycopyrrolate</i> )	3	
GLYCATE ORAL TABLET ( <i>glycopyrrolate</i> )	3	PA
<i>glycopyrrolate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	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*	
<i>glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml</i>	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION ( <i>glycopyrrolate</i> )	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>glycopyrrolate</i> )	3	
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET ( <i>glycopyrrolate</i> )	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET ( <i>glycopyrrolate</i> )	3	
<b>*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL ( <i>metronid-tetracyc-bis subsal</i> )	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE ( <i>bis subcit-metronid-tetracyc</i> )	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
<b>*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL ( <i>amoxicill-clarithro-omeprazole</i> )	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>amoxicill-rifabutin-omeprazole</i> )	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
<b>*ULCER ANTI-INFECTIVE-PCAB COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK ( <i>amoxicillin-vonoprazan</i> )	3	PA; QL (1 pack per 1 fill)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK ( <i>amoxicill-clarithro-vonoprazan</i> )	3	PA; QL (1 pack per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
CYTOTEC ORAL TABLET ( <i>misoprostol</i> )	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>misoprostol oral tablet</i>	1 or 1a*	\$0 for Fully insured members in California
<b>*URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<b>*URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC)*** - DRUGS FOR THE BLADDER</b>		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>tolterodine tartrate</i> )	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
DETROL ORAL TABLET ( <i>tolterodine tartrate</i> )	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL ( <i>oxybutynin chloride</i> )	3	ST; QL (1 sachet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY ( <i>oxybutynin</i> )	3	ST; QL (8 patch per 28 days)
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>fesoterodine fumarate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tropium chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VESICARE LS ORAL SUSPENSION ( <i>solifenacin succinate</i> )	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
VESICARE ORAL TABLET ( <i>solifenacin succinate</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>*URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER</b>		
GEMTESA ORAL TABLET ( <i>vibegron</i> )	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mirabegron er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER ( <i>mirabegron</i> )	3	QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR ( <i>mirabegron</i> )	3	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>pneumococcal 15-val conj vacc</i> )	2; \$0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>typhoid vaccine</i> )	2	
<b>*VIRAL VACCINE COMBINATIONS*** - VACCINES</b>		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>measles, mumps &amp; rubella vac</i> )	3; \$0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>measles, mumps &amp; rubella vac</i> )	3; \$0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>measles-mumps-rubella-varicell</i> )	3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis a-hep b recomb vac</i> )	3; \$0	
<b>*VIRAL VACCINES*** - VACCINES</b>		
ABRYSCO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>rsv pre-fusion f a&amp;b vac rcm</i> )	3; \$0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>smallpox vaccine</i> )	3; \$0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza virus vaccine split</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rsvpref3 vac recomb adjuvanted</i> )	3; \$0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION ( <i>influenza a (h5n1) subunit adj</i> )	2	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza a (h5n1) subunit adj</i> )	2	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	2; \$0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>dengue virus vaccine live tetr</i> )	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	3; \$0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	3; \$0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>ebola zaire virus vaccine live</i> )	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac a&amp;b surf ant adj</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac recombinant ha</i> )	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac tiss-cult subunt</i> )	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac tiss-cult subunt</i> )	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID ( <i>influenza virus vaccine live</i> )	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split high-dose</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza virus vaccine split</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hpv 9-valent recomb vaccine</i> )	2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hpv 9-valent recomb vaccine</i> )	2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis a vaccine</i> )	3; \$0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recomb adj</i> )	3; \$0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rabies virus vaccine, hdc</i> )	3	
IPOLE INJECTION INJECTABLE ( <i>poliovirus vaccine inactivated</i> )	3; \$0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>chikungunya virus vaccine live</i> )	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>japanese encephalitis vac inac</i> )	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>smallpox &amp; monkeypox vac, live</i> )	3; \$0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	2; \$0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>rsv mrna pre-f virus vaccine</i> )	3; \$0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	2; \$0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	2; \$0	
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension</i>	2; \$0	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac 3-antigen rcmb</i> )	3; \$0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rabies vaccine, pcec</i> )	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca \$0=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION ( <i>rotavirus vaccine live oral</i> )	3; \$0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION ( <i>rotavirus vac live pentavalent</i> )	3; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>zoster vac recomb adjuvanted</i> )	3; \$0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	2; \$0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>tick-borne encephalitis vacc</i> )	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis a vaccine</i> )	3; \$0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>varicella virus vaccine live</i> )	3; \$0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE ( <i>yellow fever vaccine</i> )	3	
<b>*VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<b>*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>eq miconazole 3-day combo vaginal kit</i>	1 or 1b*	
<i>eq miconazole 7 vaginal cream</i>	1 or 1b*	
<i>ft miconazole 3 comb pack-supp vaginal kit</i>	1 or 1b*	
<i>ft miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	1 or 1b*	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM ( <i>butoconazole nitrate (1 dose)</i> )	3	
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
<b>*MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
INTRAROSA VAGINAL INSERT ( <i>prasterone</i> )	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
<b>*SPERMICIDES*** - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY ( <i>nonoxynol-9</i> )	2; \$0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL ( <i>nonoxynol-9</i> )	2; \$0	
TODAY SPONGE VAGINAL ( <i>nonoxynol-9</i> )	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM ( <i>nonoxynol-9</i> )	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL ( <i>nonoxynol-9</i> )	2; \$0	
<b>*VAGINAL ANTI-INFECTIVES*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
CLEOCIN VAGINAL CREAM ( <i>clindamycin phosphate</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>epinephrine</i> )	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
NEFFY NASAL SOLUTION ( <i>epinephrine</i> )	3	ST; QL (1 carton per 1 fill)
<b>*NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION</b>		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG ( <i>droxidopa</i> )	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG ( <i>droxidopa</i> )	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
<b>*VASOPRESSORS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION</b>		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>epinephrine-nacl</i> )	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ephedrine sulfate (pressors)</i> )	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>ephedrine sulfate (pressors)</i> )	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>phenylephrine hcl (pressors)</i> )	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ephedrine sulfate (pressors)</i> )	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>ephedrine sulfate (pressors)</i> )	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>epinephrine injection solution 10 mg/10ml</i>	3	
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>angiotensin ii acetate</i> )	3	
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>phenylephrine hcl (pressors)</i> )	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>norepinephrine bitartrate</i> )	3	
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norepinephrine bitartrate intravenous solution 2 mg/ml</i>	3	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ephedrine hcl</i> )	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>phenylephrine hcl (pressors)</i> )	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>*VITAMIN A*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>vitamin a</i> )	3	
<b>*VITAMIN B-1*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>thiamine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<b>*VITAMIN C*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ascorbic acid</i> )	3	
<b>*VITAMIN D*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
DRISDOL ORAL CAPSULE ( <i>ergocalciferol</i> )	3	
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>true vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit</i>	1 or 1a*	
<b>*VITAMIN K*** - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>phytonadione injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phytonadione oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin k1 injection solution</i>	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico \*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b\***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 11012024



## Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS .....	219	ACTIVELLA .....	178	ADVOCATE REDI-CODE .....	161
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS .....	219	ACTONEL .....	169	ADVOCATE REDI-CODE+ TEST .....	161
<i>abacavir sulfate</i> .....	120	ACTOPLUS MET .....	66	ADVOCATE SAFETY LANCETS .....	209
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	118	ACTOS .....	66	ADVOCATE SAFETY LANCETS	
ABELCET .....	71	ACULAR .....	261	26G .....	209
ABILIFY .....	116	ACULAR LS .....	261	ADVOCATE TEST .....	161
ABILIFY ASIMTUFII .....	116	ACUVAIL .....	261	ADYNOVATE .....	188
ABILIFY MAINTENA .....	116	<i>acyclovir</i> .....	123, 152	ADZENYS XR-ODT .....	13
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE		<i>acyclovir sodium</i> .....	123	<i>adzynma</i> .....	187
KIT .....	116	ACZONE .....	146	AEMCOLO .....	83
ABILIFY MYCITE STARTER KIT .....	116	ADACEL .....	282	AFINITOR .....	98
<i>abiraterone acetate</i> .....	89	ADAKVEO .....	196	AFINITOR DISPERZ .....	98
ABLYSINOL .....	133	<i>adalimumab-aacf (2 pen)</i> .....	20	<i>afirmelle</i> .....	135
ABRAXANE .....	105	<i>adalimumab-aacf (2 syringe)</i> .....	20	AFLURIA .....	288
ABRILADA (1 PEN) .....	20	<i>adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt)</i> .....	20	AFLURIA PRESERVATIVE FREE .....	288
ABRILADA (2 PEN) .....	20	<i>adalimumab-aacf(ps/uv starter)</i> .....	20	AFREZZA .....	60
ABRILADA (2 SYRINGE) .....	20	<i>adalimumab-aaty (1 pen)</i> .....	20	AFSTYLA .....	188
ABRYSVO .....	288	<i>adalimumab-aaty (2 pen)</i> .....	21	<i>aftera</i> .....	139
ABSORICA .....	147	<i>adalimumab-aaty (2 syringe)</i> .....	21	<i>afterpill</i> .....	139
ABSORICA LD .....	147	<i>adalimumab-adaz</i> .....	21	AGAMATRIX AMP TEST .....	161
ACAM2000 .....	288	<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i> .....	21	AGAMATRIX JAZZ TEST .....	161
<i>acamprosate calcium</i> .....	270	<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i> .....	21	AGAMATRIX KEYNOTE TEST .....	161
ACANYA .....	146	<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)</i> .....	21	AGAMATRIX PRESTO TEST .....	161
<i>acarbose</i> .....	58	<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter)</i> .....	21	AGAMATRIX ULTRA-THIN	
ACCOLATE .....	43	<i>adalimumab-fkjp (2 pen)</i> .....	21	LANCETS .....	209
ACCRUFER .....	196	<i>adalimumab-fkjp (2 syringe)</i> .....	21	AGAMREE .....	142
ACCU-CHEK AVIVA PLUS .....	161	<i>adalimumab-ryvk (2 pen)</i> .....	21	AGGRASTAT .....	191
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	209	<i>adalimumab-ryvk (2 syringe)</i> .....	21	AGRYLIN .....	192
ACCU-CHEK GUIDE TEST .....	161	<i>adapalene</i> .....	147	AIMOVIG .....	227
ACCU-CHEK SAFE-T PRO		ADAPALENE .....	147	<i>aimso lubricated</i> .....	206
LANCETS .....	209	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> .....	146	AIMSCO TWIST LANCETS 32G .....	209
ACCU-CHEK SMARTVIEW .....	161	ADASUVE .....	115	AIMSCO TWIST LANCETS 33G .....	209
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	209	ADBRY .....	152	AIRDUO RESPICLICK 113/14 .....	40
ACCUPRIL .....	78	ADCETRIS .....	92	AIRDUO RESPICLICK 232/14 .....	40
ACCURETIC .....	77	ADCIRCA .....	132	AIRDUO RESPICLICK 55/14 .....	40
<i>accutane</i> .....	147	ADDERALL .....	12	AIRSUPRA .....	40
ACCUTREND GLUCOSE .....	161	ADDERALL XR .....	12	AJOVY .....	227
<i>acebutolol hcl</i> .....	124	ADDYI .....	275	AKEEGA .....	97
ACETADOTE .....	67	<i>adefovir dipivoxil</i> .....	122	<i>ak-fluor</i> .....	259, 260
<i>acetaminophen</i> .....	28	ADEMPAS .....	131	AKLIEF .....	147
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	30	<i>adenosine</i> .....	38	AKOVAZ .....	292
<i>acetazolamide</i> .....	167	ADIPEX-P .....	14	AKTEN .....	260
<i>acetazolamide er</i> .....	167	ADLARITY .....	270	AKYNZEO .....	69
<i>acetazolamide sodium</i> .....	167	ADMELOG .....	60	AKYNZEO (READY-TO-USE) .....	69
<i>acetic acid</i> .....	186, 265	ADMELOG SOLOSTAR .....	60	AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) .....	69
<i>acetylcysteine</i> .....	67, 145	ADRENALIN .....	291	ALA SCALP .....	152
ACIPHEX .....	284	ADRENALIN-NACL .....	292	<i>ala-cort</i> .....	152
<i>acitretin</i> .....	150	<i>adriamycin</i> .....	100	<i>albendazole</i> .....	36
ACTEMRA .....	24	ADTHYZA .....	281	ALBUKED 25 .....	191
ACTEMRA ACTPEN .....	24	ADVAIR DISKUS .....	40	ALBUKED 5 .....	192
ACTHAR .....	170	ADVAIR HFA .....	40	ALBUMIN HUMAN .....	192
ACTHAR GEL .....	170	ADVANCE INTUITION TEST .....	161	ALBUMINEX .....	192
ACTHIB .....	287	ADVANCE MICRO-DRAW TEST .....	161	ALBUMIN-ZLB .....	192
ACTIFLOVIT EAR HEALTH .....	249	ADVANCED MOBILE LANCET .....	209	ALBURX .....	192
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE .....	197	ADVATE .....	188	ALBUTEIN .....	192
ACTI-LANCE 28G .....	209	ADVOCATE INSULIN PEN		<i>albuterol sulfate</i> .....	41
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G .....	209	NEEDLE .....	219	ALBUTEROL SULFATE .....	41
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS		ADVOCATE INSULIN PEN		<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	41
17G .....	209	NEEDLES .....	219	ALCAINE .....	260
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G .....	209	ADVOCATE INSULIN SYRINGE .....	219	<i>alclometasone dipropionate</i> .....	153
ACTIMMUNE .....	102	ADVOCATE LANCETS .....	209	ALDACTONE .....	168
ACTIVASE .....	193	ADVOCATE LANCETS 30G .....	209	ALDURAZYME .....	174

ALECENSA.....	91	<i>aminophylline</i> .....	44	ANTIVENIN LATRODECTUS	
<i>alendronate sodium</i> .....	169	AMINOSYN II.....	255	MACTANS.....	266
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	185	<i>aminosyn ii</i> .....	255	ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS	266
ALIMTA.....	90	AMINOSYN-PF.....	255	ANTIVERT.....	69
ALIQOPA.....	107	AMINOSYN-PF 7%.....	255	ANUSOL-HC.....	36
<i>aliskiren fumarate</i> .....	82	<i>amiodarone hcl</i> .....	39	ANZEMET.....	69
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT	242	AMITIZA.....	180	APADAZ.....	33
<i>alive daily energy</i> .....	242	<i>amitriptyline hcl</i> .....	57	<i>apap-caff-dihydrocodeine</i> .....	30
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	243	AMJEVITA.....	21	APEXICON E.....	153
ALKINDI SPRINKLE.....	142	AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG	21	APHEXDA.....	194
<i>allbee/c</i> .....	240	AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG	21	APIDRA.....	60
<i>allopurinol</i> .....	187	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> .....	77	APIDRA SOLOSTAR.....	60
<i>allopurinol sodium</i> .....	187	<i>amlodipine besylate</i> .....	126	APLENZIN.....	53
ALLZITAL.....	28	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....	79	APOKYN.....	111
<i>almotriptan malate</i> .....	228	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	130	<i>apomorphine hcl</i> .....	111
ALOCRIAL.....	258	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	79	APONVIE.....	70
<i>aloe vera leaf juice</i> .....	18	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	81	<i>apraclonidine hcl</i> .....	261
<i>alogliptin benzoate</i> .....	59	AMMONUL.....	176	<i>aprepitant</i> .....	70
<i>alogliptin-metformin hcl</i> .....	59	<i>amnesteem</i> .....	147	APRETUDE.....	119
<i>alogliptin-pioglitazone</i> .....	60	AMNIOFIX.....	159	<i>apri</i> .....	135
ALOMIDE.....	258	AMNIOTEXT.....	159	APRISO.....	181
<i>alophen</i> .....	203	AMONDYS 45.....	254	APTENSIO XR.....	15
ALOPRIM.....	187	<i>amoxapine</i> .....	57	APTIOM.....	47
ALORA.....	178	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> .....	285	APTIVUS.....	119
<i>alose tron hcl</i> .....	181	<i>amoxicillin</i> .....	268	<i>aq insulin syringe</i> .....	219
ALPHAGAN P.....	261	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	268	<i>aqinject pen needle</i> .....	219
ALPHANATE.....	188	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> .....	268	AQNEURSA.....	275
ALPHANINE SD.....	188	AMPHADASE.....	234	AQUALANCE LANCETS 30G.....	209
<i>alprazolam</i> .....	38	AMPHENOL-40.....	159	AQUASOL A.....	293
<i>alprazolam er</i> .....	37	<i>amphetamine sulfate</i> .....	13	<i>aquastat</i> .....	232
ALPRAZOLAM INTENSOL.....	38	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> .....	12	Aquastat Sfr.....	232
<i>alprazolam xr</i> .....	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> .....	12	ARAKODA.....	87
ALPROLIX.....	188	<i>amphet-dextroamphet 3-bead er</i> .....	12	ARALAST NP.....	278
ALREX.....	262	<i>amphotericin b</i> .....	71	<i>aranelle</i> .....	141
ALTACE.....	78	<i>amphotericin b liposome</i> .....	71	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	194
<i>altafluor benox</i> .....	260	<i>ampicillin</i> .....	268	ARAVA.....	27
<i>altavera</i> .....	135	<i>ampicillin sodium</i> .....	268	ARAZLO.....	147
ALTOPREV.....	75	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....	268	ARCALYST.....	24
ALTRENO.....	147	AMPYRA.....	274	AREXVY.....	288
ALTUVIIIIO.....	188	AMRIX.....	250	<i>arformoterol tartrate</i> .....	41
ALUNBRIG.....	91	AMVISC.....	263	ARGATROBAN.....	46
ALVAIZ.....	196	AMVUTTRA.....	276	ARGATROBAN IN SODIUM	
ALVESCO.....	43	AMZEEQ.....	146	CHLORIDE.....	46
<i>alvimopan</i> .....	183	ANAFRANIL.....	57	<i>argyle sterile saline</i> .....	186
<i>alyacen 1/35</i> .....	135	<i>anagrelide hcl</i> .....	192, 193	<i>argyle sterile water</i> .....	235
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	141	ANALPRAM-HC.....	36	ARICEPT.....	270
ALYGLO.....	266	ANAPROX DS.....	25	ARIKAYCE.....	19
ALYMSYS.....	109	ANASCORP.....	266	ARIMIDEX.....	102
<i>alyq</i> .....	132	<i>anastrozole</i> .....	102	<i>aripiprazole</i> .....	116
<i>amantadine hcl</i> .....	110	ANAVIP.....	266	ARISTADA.....	116
AMBIEN.....	199	ANCOBON.....	71	ARISTADA INITIO.....	116
AMBIEN CR.....	199	ANDEXXA.....	67	ARIXTRA.....	46
AMBISOME.....	71	ANDROGEL PUMP.....	35	<i>armodafinil</i> .....	15
<i>ambrisentan</i> .....	132	ANECTINE.....	254	ARMOUR THYROID.....	281
<i>amcinonide</i> .....	153	ANESTHESIA S/I-40A.....	184	ARNUITY ELLIPTA.....	43
AMCINONIDE.....	153	ANESTHESIA S/I-40H.....	184	AROMASIN.....	102
AMELUZ.....	158	ANESTHESIA S/I-40S.....	184	ARRANON.....	90
<i>amethyst</i> .....	139	ANGELIQ.....	178	<i>arsenic trioxide</i> .....	102
AMIDATE.....	184	ANGIOMAX.....	46	ARTESUNATE.....	87
<i>amikacin sulfate</i> .....	19	ANKTIVA.....	102	ARTHROTEC.....	24
<i>amiloride hcl</i> .....	168	ANNOVERA.....	139	<i>articadent dental</i> .....	204
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	167	ANORO ELLIPTA.....	40	ARTISS.....	197
<i>aminocaproic acid</i> .....	197	<i>anti-oxidant</i> .....	243	ARZERRA.....	92

ASCENIV.....	266	ATRALIN.....	147	AZULFIDINE EN-TABS.....	181
ASCLERA.....	237	ATROPINE SULFATE.....	257, 283	<i>azurette</i> .....	135
<i>ascomp-codeine</i> .....	30	ATROVENT HFA.....	42	<i>b complex (lipotropics)</i> .....	249
ASCOR.....	293	AUBAGIO.....	272	<i>b complex 100 tr</i> .....	241
<i>asenapine maleate</i> .....	114	<i>aubra eq</i> .....	135	<i>b complex formula 1 (lipotrop)</i> .....	249
<i>ashlyna</i> .....	140	AUDENZ.....	288	<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i> .....	241
<i>asian ginseng</i> .....	256	AUGMENTIN.....	268, 269	<i>b complex-b12</i> .....	239
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	43	AUGMENTIN ES-600.....	268	<i>b complex-c</i> .....	240
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	43	AUGTYRO.....	100	B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA.....	241
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	43	<i>aum insulin safety pen needle</i> .....	219	<i>b complex-c-folic acid</i> .....	240
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	43	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	220	<i>b-100 b-complex</i> .....	241
ASMANEX HFA.....	43	<i>aum pen needle</i> .....	220	<i>b-100 complex cr</i> .....	241
ASPARLAS.....	102	AUM READYGARD DUO PEN.....	220	<i>b-100 tr</i> .....	241
<i>aspirin</i> .....	28	NEEDLE.....	220	<i>b-50 complex</i> .....	241
<i>aspirin 81</i> .....	28	AUM SAFETY PEN NEEDLE.....	220	BABYBIG.....	266
<i>aspirin adult low dose</i> .....	28	AURORA LANCET SUPER THIN.....	210	<i>bac</i> .....	28
<i>aspirin adult low strength</i> .....	28	30G.....	210	<i>bacitracin</i> .....	258
<i>aspirin childrens</i> .....	28	AURORA LANCET THIN 23G.....	210	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	259
<i>aspirin ec adult low dose</i> .....	28	AURORA PEN NEEDLES.....	220	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> .....	261
<i>aspirin ec low dose</i> .....	28	<i>aurovela 1.5/30</i> .....	135	<i>baclofen</i> .....	250
<i>aspirin ec low strength</i> .....	28	<i>aurovela 1/20</i> .....	135	BACTRIM.....	84
<i>aspirin low dose</i> .....	28	<i>aurovela 24 fe</i> .....	135	BACTRIM DS.....	84
<i>aspirin regimen</i> .....	28	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	135	BAFIERTAM.....	273
<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	192	<i>aurovela fe 1/20</i> .....	135	<i>balance b-100</i> .....	249
ASPRUZYO SPRINKLE.....	37	AURYXIA.....	183	<i>balance b-50</i> .....	241
ASSURE 3 TEST.....	161	AUSTEDO.....	271	<i>balanced b complex</i> .....	241
ASSURE 4 TEST.....	161	AUSTEDO XR.....	271	<i>balanced b-100</i> .....	241
ASSURE COMFORT LANCETS 28G.....	209	AUSTEDO XR PATIENT.....	271	<i>balanced b-50 complex</i> .....	249
ASSURE ID DUO PRO PEN.....	219	TITRATION.....	271	<i>balanced b-50/fa</i> .....	241
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	219	AUVELITY.....	53	BALCOLTRA.....	136
ASSURE ID SAFETY PEN.....	219	AUVI-Q.....	291	BALFAXAR.....	188
ASSURE ID SAFETY PEN.....	219	AVALIDE.....	79	<i>balsalazide disodium</i> .....	181
ASSURE II.....	162	AVAPRO.....	80	BALVERSA.....	96
ASSURE II CHECK.....	161	AVASTIN.....	109	<i>balziva</i> .....	136
ASSURE LANCE LANCETS.....	209	AVEED.....	35	BANZEL.....	47
ASSURE LANCE LANCETS 21G.....	209	<i>aviane</i> .....	136	BAQSIMI ONE PACK.....	58
ASSURE LANCE PLUS SAFETY.....	209	AVITENE.....	197	BAQSIMI TWO PACK.....	59
25G.....	209	AVITENE FLOUR.....	197	BARACLUDGE.....	122
ASSURE LANCE PLUS SAFETY.....	209	AVODART.....	185	BARHEMSYS.....	70
30G.....	209	AVONEX PEN.....	272	BASAGLAR KWIKPEN.....	60
ASSURE LANCE SAFETY LANCET.....	210	AVONEX PREFILLED.....	272	BASAGLAR TEMPO PEN.....	60
28G.....	210	AVSOLA.....	184	BAVENCIO.....	93
ASSURE PLATINUM.....	162	AVYCAZ.....	133	BAXDELA.....	179
ASSURE PRISM MULTI TEST.....	162	<i>ayuna</i> .....	136	<i>bayer aspirin ec low dose</i> .....	28
ASSURE PRO TEST.....	162	AYVAKIT.....	99	<i>bayer low dose</i> .....	28
ASTAGRAF XL.....	236	<i>azacitidine</i> .....	90	BCG VACCINE.....	287
ATABEX EC.....	245	AZACTAM.....	86	<i>b-compleet-100</i> .....	241
ATABEX OB.....	245	<i>azasan</i> .....	237	<i>b-compleet-50</i> .....	241
ATACAND.....	80	AZASITE.....	258	<i>b-complex</i> .....	241
ATACAND HCT.....	79	<i>azathioprine</i> .....	237	<i>b-complex (folic acid)</i> .....	241
<i>atazanavir sulfate</i> .....	119	AZATHIOPRINE SODIUM.....	237	<i>b-complex balanced</i> .....	240
ATEL VIA.....	169	<i>azelaic acid</i> .....	158	<i>b-complex plus b-12</i> .....	239
<i>atenolol</i> .....	124	<i>azelastine hcl</i> .....	253, 258	<i>b-complex/b-12</i> .....	239
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	82	<i>azelastine-fluticasone</i> .....	252	<i>b-complex/electrolytes</i> .....	241
ATGAM.....	234	AZELEX.....	147	<i>b-complex/vitamin c</i> .....	240
ATIVAN.....	38	AZESCO.....	245	<i>b-complex-c</i> .....	240
<i>atomoxetine hcl</i> .....	12	AZILECT.....	110	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i> .....	240
ATORVALIQ.....	75	<i>azithromycin</i> .....	205	BD AUTOSHIELD DUO.....	220
<i>atorvastatin calcium</i> .....	75	AZOPT.....	259	<i>bd heparin posiflush</i> .....	45
<i>atovaquone</i> .....	84	AZOR.....	79	BD INSULIN SYR ULTRAFINE II.....	220
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	87	AZSTARYS.....	15	BD INSULIN SYRINGE.....	220
<i>atracurium besylate</i> .....	254	<i>aztreonam</i> .....	86		
		AZULFIDINE.....	181		



BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT .....	220	BETHKIS.....	19	BRIDION.....	67
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	220	BETIMOL.....	257	<i>briellyn</i> .....	136
BD INSULIN SYRINGE U/F.....	220	BETOPTIC-S.....	257	BRILINTA.....	191
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT .....	220	<i>better b complex</i> .....	240	<i>brimonidine tartrate</i> .....	158, 261
BD INSULIN SYRINGE U-500.....	220	BEVESPI AEROSPHERE.....	40	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .....	256
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE.....	220	<i>bexagliflozin</i> .....	64	<i>brinzolamide</i> .....	259
BD MICROTAINER LANCETS.....	210	<i>bexarotene</i> .....	108, 160	BRIUMVI.....	273
BD PEN NEEDLE MICRO U/F.....	220	BEXSERO.....	287	BRIVIACT.....	47
BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	220	BEYAZ.....	136	BRIXADI.....	34
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	220	BEYFORTUS.....	266	BRIXADI (WEEKLY).....	34
BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	220	<i>bicalutamide</i> .....	89	<i>bromfenac sodium</i> .....	261
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F.....	220	BICILLIN C-R.....	269	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> .....	261
BD PEN NEEDLE SHORT U/F.....	220	BICILLIN C-R 900/300.....	269	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	110
<i>bd posiflush</i> .....	232	BICILLIN L-A.....	268	BROMSITE.....	261
Bd Posiflush Safescrub.....	232	BIDIL.....	130	BRONCHITOL.....	279
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	220	<i>big 100</i> .....	241	BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	279
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT .....	220	<i>big 100 (biotin)</i> .....	241	BROVANA.....	41
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	220	BIJUVA.....	178	BRUKINSA.....	95
BELBUCA.....	34	BIKTARVY.....	118	BRYHALI.....	153
BELEODAQ.....	97	BILTRICIDE.....	36	BSS.....	260
BELRAPZO.....	88	<i>bimatoprost</i> .....	158, 264	BSS PLUS.....	260
BELSOMRA.....	200	BIMZELX.....	150	<i>budesonide</i> .....	36, 43, 142
<i>benazepril hcl</i> .....	78	BINOSTO.....	169	<i>budesonide er</i> .....	142
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	77	BIORPHEN.....	292	<i>budesonide-formoterol fumarate</i> .....	40
<i>bendamustine hcl</i> .....	88	BIOTEL CARE TEST STRIPS.....	162	<i>bumetanide</i> .....	167
BENDEKA.....	88	BIOTHRAX.....	287	BUMEX.....	167
BENEFIX.....	188	<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i> .....	285	BUPHENYL.....	177
BENICAR.....	80	<i>bisacodyl</i> .....	203	BUPIVACAINE FISIOPHARMA.....	204
BENICAR HCT.....	79	<i>bisacodyl ec</i> .....	203	<i>bupivacaine hcl (pf)</i> .....	204
BENLYSTA.....	233	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i> .....	285	<i>bupivacaine-epinephrine</i> .....	204
BENTYL.....	282	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	124	<i>bupivacaine-epinephrine (pf)</i> .....	204
BENZALKONIUM CHLORIDE.....	117	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	82	<i>bup-lido</i> .....	260
BENZAMYCIN.....	146	<i>bivalirudin trifluoroacetate</i> .....	46	<i>buprenorphine</i> .....	34
BENZHYDROCODONE- ACETAMINOPHEN.....	33	BIVIGAM.....	266	<i>buprenorphine hcl</i> .....	34
BENZNIDAZOLE.....	36	<i>bleomycin sulfate</i> .....	100	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> .....	34
<i>benzonatate</i> .....	144	BLINCYTO.....	94	<i>bupropion hcl</i> .....	54
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> .....	146	<i>blisovi 24 fe</i> .....	136	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> .....	276
<i>benzphetamine hcl</i> .....	14	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	136	<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	54
<i>benztropine mesylate</i> .....	109, 110	<i>blisovi fe 1/20</i> .....	136	<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	54
BEOVU.....	264	BLOOD GLUCOSE TEST.....	162	<i>burn gel</i> .....	157
<i>bepotastine besilate</i> .....	258	<i>blood glucose test strips 333</i> .....	162	<i>buspirone hcl</i> .....	37
BEPREVE.....	258	BLOXIVERZ.....	87	<i>busulfan</i> .....	88
BERINERT.....	190	BLT-25.....	144	BUSULFEX.....	88
BESIVANCE.....	258	BLULINK GLUCOSE TEST.....	162	<i>butalbital-acetaminophen</i> .....	28
BESPONSA.....	92	BONJESTA.....	69	<i>butalbital-apap-caff-cod</i> .....	30
BESREMI.....	102	BOOSTRIX.....	282	<i>butalbital-apap-caffeine</i> .....	28
BETADINE OPHTHALMIC PREP.....	259	<i>bortezomib</i> .....	99	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> .....	30
<i>betaine</i> .....	172	<i>bosentan</i> .....	132	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> .....	28
<i>betamethasone dipropionate</i> .....	153	BOSULIF.....	94	<i>butorphanol tartrate</i> .....	34
<i>betamethasone dipropionate aug</i> .....	153	<i>boswellia</i> .....	18	BUTRANS.....	34
<i>betamethasone valerate</i> .....	153	BOTOX.....	254	BYDUREON BCISE.....	63
BETAPACE.....	125	BOTOX COSMETIC.....	156	BYETTA 10 MCG PEN.....	63
BETAPACE AF.....	125	BRAFTOVI.....	95	BYETTA 5 MCG PEN.....	63
BETASERON.....	272	BRENZAVVY.....	64	BYFAVO.....	199
<i>betaxolol hcl</i> .....	124, 257	BREO ELLIPTA.....	40	BYLVAY.....	181
<i>bethanechol chloride</i> .....	287	BREVIBLOC.....	124	BYLVAY (PELLETS).....	181
		BREVIBLOC IN NACL.....	124	BYOOVIZ.....	264
		BREVIBLOC PREMIXED.....	124	BYSTOLIC.....	125
		BREVIBLOC PREMIXED DS.....	124	CABENUVA.....	118
		BREVITAL SODIUM.....	184	<i>cabergoline</i> .....	170
		BREXAFEMME.....	71	CABLIVI.....	189
		Breyna.....	40	CABOMETYX.....	98
		BREZTRI AEROSPHERE.....	40	CABTREO.....	146

CADUET.....	130	CARESENS LANCETS 30G.....	210	CELEBREX.....	23
<i>caffeine citrate</i> .....	14	CARESENS N GLUCOSE TEST.....	162	<i>celecoxib</i> .....	23
<i>calcipotriene</i> .....	151	CARETOUCH INSULIN SYRINGE..	220	CELESTONE SOLUSPAN.....	144
<i>calcipotriene-betameth diprop</i> .....	160	CARETOUCH PEN NEEDLES.....	220	CELEXA.....	54
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	170	CARETOUCH SAFETY LANCETS..	210	CELLCEPT.....	235
<i>calcitrene</i> .....	151	CARETOUCH SAFETY LANCETS		CELLCEPT INTRAVENOUS.....	235
<i>calcitriol</i> .....	151, 172	26G.....	210	CELLUGEL.....	263
<i>calcium 600-vitamin d3</i> .....	229	CARETOUCH TEST.....	162	CELONTIN.....	52
<i>calcium acetate</i> .....	183	CARETOUCH TWIST LANCETS		CENTRUM MINIS WOMEN	
<i>calcium acetate (phos binder)</i> .....	183	28G.....	210	IMMUNE SUP.....	243
CALCIUM GLUCONATE.....	229	CARETOUCH TWIST LANCETS		<i>cephalexin</i> .....	133, 134
CALCIUM GLUCONATE-NACL.....	229	30G.....	210	CEPROTIN.....	191
CALDOLOR.....	25	CARETOUCH TWIST LANCETS		CEQUA.....	260
CALMAID.....	19	33G.....	210	CEQR SIMPLICITY 2U.....	220
CALQUENCE.....	95	CARETOUCH TWIST MC		CERDELGA.....	193
CAMBIA.....	228	LANCETS 30G.....	210	CEREBYX.....	52
CAMCEVI.....	105	<i>carglumic acid</i> .....	172	CEREZYME.....	193
<i>camila</i> .....	141	<i>carisoprodol</i> .....	250	CERVIDIL.....	265
CAMPTOSAR.....	108	<i>carmustine</i> .....	107	<i>cetirizine hcl</i> .....	73
<i>camrese</i> .....	140	CARNITOR.....	170	CETRAXAL.....	265
<i>camrese lo</i> .....	140	CARNITOR SF.....	170	<i>cetrorelax acetate</i> .....	171
CAMZYOS.....	130	CAROSPIR.....	168	CETROTIDE.....	171
CANASA.....	181	<i>carteolol hcl</i> .....	257	<i>cevimeline hcl</i> .....	239
CANCIDAS.....	71	<i>cartia xt</i> .....	126	<i>charlotte 24 fe</i> .....	136
<i>candesartan cilexetil</i> .....	80	<i>carvedilol</i> .....	124	<i>chateal eq</i> .....	136
<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....	80	<i>carvedilol phosphate er</i> .....	124	CHEMET.....	67
CAPCOF.....	146	CASODEX.....	89	CHENODAL.....	180
<i>capecitabine</i> .....	90	CASPOFUNGIN ACETATE.....	71	<i>childrens aspirin</i> .....	28
CAPLYTA.....	112	CATAPRES-TTS-1.....	82	<i>chloramphenicol sod succinate</i> .....	84
CAPRELSA.....	98	CATAPRES-TTS-2.....	82	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	38
<i>captopril</i> .....	78	CATAPRES-TTS-3.....	82	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i> .....	270
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> .....	77	CATHFLO ACTIVASE.....	193	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i> .....	282
CAPVAXIVE.....	287	CAVERJECT.....	131	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	238
CARAC.....	149	CAVERJECT IMPULSE.....	131	<i>chlorprocaine hcl (pf)</i> .....	205
CARAFATE.....	283	CAYA.....	208	<i>chloroquine phosphate</i> .....	87
CARBAGLU.....	172	CAYSTON.....	86	<i>chlorothiazide sodium</i> .....	168
<i>carbamazepine</i> .....	47	<i>cefaclor</i> .....	134	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	115
<i>carbamazepine er</i> .....	47	CEFACTOR ER.....	134	CHLORPROMAZINE HCL.....	115
CARBATROL.....	47	<i>cefadroxil</i> .....	133	<i>chlorthalidone</i> .....	168
<i>carbidopa</i> .....	110	<i>cefazolin sodium</i> .....	133	<i>chlorzoxazone</i> .....	250
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	111	CEFAZOLIN SODIUM.....	133	CHOLBAM.....	180
<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	111	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE..	133	<i>cholestyramine</i> .....	74
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	111	<i>cefazolin sodium-dextrose</i> .....	133	<i>cholestyramine light</i> .....	74
<i>carbinoxamine maleate</i> .....	73	<i>cefdinir</i> .....	134	CHORIONIC GONADOTROPIN.....	174
<i>carbinoxamine maleate er</i> .....	73	<i>cefepime hcl</i> .....	135	CHOSEN LANCETS 30G.....	210
<i>carboplatin</i> .....	88	CEFEPIME HCL.....	135	CHOSEN SAFETY LANCETS 28G..	210
<i>carboprost tromethamine</i> .....	265	CEFEPIME-DEXTROSE.....	135	<i>chromic chloride</i> .....	232
CARDENE IV.....	126	<i>cefixime</i> .....	134	CIALIS.....	132
CARDIZEM.....	126	CEFOTAN.....	134	CIBINQO.....	152
CARDIZEM CD.....	126	<i>cefotaxime sodium</i> .....	134	<i>ciclodan</i> .....	148
CARDIZEM LA.....	126	<i>cefotetan disodium</i> .....	134	<i>ciclopirox</i> .....	149
CARDURA.....	82	<i>cefoxitin sodium</i> .....	134	<i>ciclopirox olamine</i> .....	149
CARDURA XL.....	185	CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE..	134	<i>cidofovir</i> .....	121
CAREFINE PEN NEEDLES.....	220	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	134	<i>cilostazol</i> .....	191
CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST		<i>cefprozil</i> .....	134	CILOXAN.....	258
.....	162	<i>ceftazidime</i> .....	134	CIMDUO.....	118
CAREONE INSULIN SYRINGE.....	220	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	134	CIMERLI.....	264
CAREONE LANCET SUPER THIN		CEFTRIAOXONE SODIUM.....	134	<i>cimetidine</i> .....	283
30G.....	210	<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i> .....	134	<i>cimetidine hcl</i> .....	283
CAREONE LANCET THIN 23G.....	210	CEFTRIAOXONE SODIUM-		CIMZIA.....	184
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS		DEXTROSE.....	134	CIMZIA (2 SYRINGE).....	184
.....	220	<i>cefuroxime axetil</i> .....	134	CIMZIA-STARTER.....	184
CARESENS LANCETS.....	210	<i>cefuroxime sodium</i> .....	134	<i>cinacalcet hcl</i> .....	169



CINQAIR.....	43	<i>clindamycin phosphate</i> .....	86, 146, 291	COLESTID.....	74
CINRYZE.....	190	<i>clindamycin phosphate in d5w</i> .....	86	<i>colestipol hcl</i> .....	74
CINVANTI.....	70	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN		<i>colistimethate sodium (cba)</i> .....	86
CIPRO.....	179	NACL.....	86	COLUMVI.....	94
CIPRO HC.....	265	<i>clindamycin-tretinoin</i> .....	147	COLY-MYCIN M.....	86
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	179, 258, 265	CLINDESSE.....	291	COMBIGAN.....	256
<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	179	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)....	255	COMBIPATCH.....	178
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	265	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) ..	255	COMBIVENT RESPIMAT.....	40
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i> .....	265	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)....	255	COMBOGESIC.....	24
<i>cisatracurium besylate</i> .....	254	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15).....	255	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	98
<i>cisatracurium besylate (pf)</i> .....	254	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20).....	255	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	98
<i>cisplatin</i> .....	88	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10).....	255	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....	98
CISPLATIN.....	88	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14).....	255	COMFORT ASSIST INSULIN	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE....	55	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	255	SYRINGE.....	220
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	55	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	255	COMFORT ASSURED LANCETS	
CITRANATAL 90 DHA.....	248	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	255	28G.....	210
CITRANATAL ASSURE.....	248	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	255	COMFORT ASSURED LANCETS	
CITRANATAL B-CALM.....	245	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5).....	255	33G.....	210
CITRANATAL HARMONY.....	248	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10).....	255	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	221
CITRANATAL MEDLEY.....	248	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14).....	255	COMFORT EZ MICRO PEN	
<i>citrate of magnesia</i> .....	202	<i>clinisol sf</i> .....	255	NEEDLES.....	221
<i>citroma</i> .....	202	CLINOLIPID.....	256	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	221
<i>cladribine</i> .....	90	<i>clinpro 5000</i> .....	238	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	221
<i>claravis</i> .....	147	<i>clobazam</i> .....	46	COMFORT EZ SHORT PEN	
CLARINEX.....	73	<i>clobetasol propionate</i> .....	153, 262	NEEDLES.....	221
CLARINEX-D 12 HOUR.....	145	<i>clobetasol propionate e</i> .....	153	COMFORT TOUCH INSULIN PEN	
<i>clarithromycin</i> .....	205	<i>clobetasol propionate emulsion</i> .....	153	NEED.....	221
<i>clarithromycin er</i> .....	205	CLOBEX.....	153	COMFORT TOUCH LANCETS 31G.....	210
CLASSIC PRENATAL.....	245	CLOBEX SPRAY.....	153	COMFORT TOUCH PLUS	
CLEANLET LANCETS 28G.....	210	<i>clocortolone pivalate</i> .....	153	LANCETS 28G.....	210
<i>clearlax</i> .....	201	<i>clodan</i> .....	153	COMFORT TOUCH PLUS	
CLEMASTINE FUMARATE.....	73	CLODERM.....	153	LANCETS 30G.....	210
<i>clmastine fumarate</i> .....	73	<i>clofarabine</i> .....	90	COMFORT TOUCH TWIST	
CLENPIQ.....	200	CLOMID.....	175	LANCET 30G.....	210
CLEOCIN.....	85, 86, 290, 291	<i>clomipramine hcl</i> .....	57	COMIRNATY.....	288
CLEOCIN PHOSPHATE.....	86	<i>clonazepam</i> .....	46	COMPLERA.....	118
CLEOCIN-T.....	146	<i>clonidine</i> .....	82	COMPLETE NATAL DHA.....	248
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST	162	<i>clonidine er</i> .....	82	COMPLETENATE.....	245
CLEVER CHEK AUTO-CODE		<i>clonidine hcl</i> .....	82	<i>complex b-100</i> .....	241
VOICE.....	162	<i>clonidine hcl er</i> .....	12	COMPLEX B-100-INOSITOL.....	249
CLEVER CHEK LANCETS.....	210	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	193	<i>complex b-50 prolonged release</i> .....	241
CLEVER CHEK TEST.....	162	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	38	<i>compro</i> .....	115
CLEVER CHOICE AUTO-CODE		<i>clotrimazole</i> .....	156, 238	CO-NATAL FA.....	245
TEST.....	162	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	148	CONCEPT DHA.....	245
CLEVER CHOICE COMFORT EZ		<i>clozapine</i> .....	114	CONCEPT OB.....	245
.....	210, 220	CLOZARIL.....	114	CONCERTA.....	15
CLEVER CHOICE LANCETS 21G.....	210	C-NATE DHA.....	245	<i>condoms</i> .....	206
CLEVER CHOICE LANCETS 23G.....	210	CNJ-016.....	266	CONDYLOX.....	157
CLEVER CHOICE LANCETS 28G.....	210	COAGADEX.....	188	CONJUPRI.....	127
CLEVER CHOICE MICRO TEST.....	162	COAGUCHEK LANCETS.....	210	<i>constulose</i> .....	201
CLEVER CHOICE NO CODING.....	162	<i>coal tar</i> .....	159	CONTOUR NEXT TEST.....	162
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM..	162	COARTEM.....	87	CONTOUR PLUS TEST.....	162
CLEVIPREX.....	126	COBENFY.....	115	CONTOUR TEST.....	162
CLICKFINE PEN NEEDLES.....	220	COBENFY STARTER PACK.....	115	CONTRAVE.....	14
CLIMARA.....	178	COCAINE HCL.....	252	CONZIP.....	30
CLIMARA PRO.....	178	CODEINE SULFATE.....	30	COOL BLOOD GLUCOSE TEST	
Clindacin.....	146	<i>codeine sulfate</i> .....	30	STRIPS.....	162
<i>clindacin etz</i> .....	146	CODITUSSIN AC.....	144	COPASIL.....	159
<i>clindacin-p</i> .....	146	CODITUSSIN DAC.....	144	COPAXONE.....	274
CLINDAGEL.....	146	COLAZAL.....	181	COPIKTRA.....	107
<i>clindamycin hcl</i> .....	86	<i>colchicine</i> .....	187	CORDRAN.....	153
<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	86	<i>colchicine-probenecid</i> .....	187	COREG.....	124
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	147	<i>colesevelam hcl</i> .....	74	COREG CR.....	124

CORIFACT.....	188	<i>cvs milk of magnesia</i> .....	202	<i>dapsone</i> .....	85, 146
CORLANOR.....	133	<i>cvs natural daily fiber</i> .....	201	DAPTACEL.....	282
CORTEF.....	142	<i>cvs nicotine</i> .....	276	DAPTOMYCIN.....	84
CORTENEMA.....	36	<i>cvs nicotine polacrilex</i> .....	276	<i>daptomycin-sodium chloride</i> .....	84
CORTIFOAM.....	36	<i>cvs pe head cong + flu sev</i> .....	144	DARAPRIM.....	87
<i>cortisone acetate</i> .....	142	CVS PRENATAL.....	245	<i>darifenacin hydrobromide er</i> .....	286
CORTISPORIN-TC.....	265	<i>cvs purelax</i> .....	201	<i>darunavir</i> .....	119
CORTROPHIN.....	170	<i>cvs super b complex/c</i> .....	240	DARZALEX.....	92
CORVERT.....	39	<i>cvs true metrix glucose test</i> .....	162	DARZALEX FASPRO.....	101
COSELA.....	106	CVS ULTRA THIN LANCETS.....	210	<i>dasatinib</i> .....	94
COSENTYX.....	150	<i>cyanocobalamin</i> .....	193	<i>dasetta 1/35</i> .....	136
COSENTYX (300 MG DOSE).....	150	CYANOKIT.....	67	<i>dasetta 7/7/7</i> .....	141
COSENTYX SENSOREADY (300		<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	250	DAUNORUBICIN HCL.....	100
MG).....	150	<i>cyclobenzaprine hcl er</i> .....	250	DAURISMO.....	96
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	150	CYCLOGYL.....	257	DAVIMET-FLUORIDE.....	244
COSENTYX UNOREADY.....	150	CYCLOMYDRIL.....	257	DAXXIFY.....	156
COSOPT.....	256	<i>cyclopentolate hcl</i> .....	257	DAYBUE.....	254
COSOPT PF.....	256	<i>cyclophosphamide</i> .....	106	DAYPRO.....	25
COTELIC.....	97	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	106	<i>daysee</i> .....	140
COTEMPLA XR-ODT.....	15	<i>cycloserine</i> .....	88	DAYTRANA.....	15
COXANTO.....	25	<i>cyclosporine</i> .....	234, 260	DAYVIGO.....	200
COZAAR.....	80, 81	<i>cyclosporine modified</i> .....	234	D-CARE BLOOD GLUCOSE.....	162
CREON.....	167	CYGNUS DUAL.....	159	DDAVP.....	177
CRESEMBA.....	71, 72	CYKLOKAPRON.....	197	DDAVP PF.....	177
CRESTOR.....	75	CYLTEZO (2 PEN).....	21	<i>deblitane</i> .....	141
CREXONT.....	111	CYLTEZO (2 SYRINGE).....	21	<i>decitabine</i> .....	90
CRINONE.....	291	CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER.....	21, 22	<i>deferasirox</i> .....	67
CROFAB.....	266	CYLTEZO-PSORIASIS/UV		<i>deferasirox granules</i> .....	67
<i>cromolyn sodium</i> .....	41, 180, 258	STARTER.....	22	<i>deferiprone</i> .....	67
<i>crotan</i> .....	159	CYMBALTA.....	56	<i>deferoxamine mesylate</i> .....	67
<i>cryselle-28</i> .....	136	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	73	DEFITELIO.....	193
CRYSVITA.....	178	CYRAMZA.....	109	<i>deflazacort</i> .....	142
<i>cupric chloride</i> .....	232	<i>cyred eq</i> .....	136	DEFLUX.....	187
CUPRIMINE.....	233	CYSTADANE.....	172	DELESTROGEN.....	178
CURAE.....	139	CYSTADROPS.....	264	DELSTRIGO.....	118
<i>curity sterile saline</i> .....	186	CYSTAGON.....	185	<i>delyla</i> .....	136
CUTAQUIG.....	266	CYSTARAN.....	264	DELZICOL.....	182
CUTEMOL.....	156	<i>cytarabine</i> .....	90	<i>demeclocycline hcl</i> .....	280
CUVITRU.....	266	<i>cytarabine (pf)</i> .....	90	DEMEROL.....	30
CUVPOSA.....	285	CYTOGAM.....	266	DEM SER.....	79
CUVRIOR.....	233	CYTOMEL.....	281	DENAVIR.....	152
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST.....	162	CYTOTEC.....	286	DENG VAXIA.....	288
<i>cvs aspirin adult low dose</i> .....	28	<i>d3 + k2</i> .....	249	<i>denta 5000 plus</i> .....	238
<i>cvs aspirin adult low strength</i> .....	29	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	46	<i>denta 5000 plus sensitive</i> .....	238
<i>cvs aspirin ec</i> .....	29	<i>dacarbazine</i> .....	102	<i>dentagel</i> .....	238
<i>cvs aspirin low dose</i> .....	29	<i>dactinomycin</i> .....	100	DEPAKOTE.....	53
<i>cvs aspirin low strength</i> .....	29	<i>daily multiple vitamins</i> .....	243	DEPAKOTE ER.....	53
<i>cvs b complex plus c</i> .....	240	<i>daily value multivitamin</i> .....	243	DEPAKOTE SPRINKLES.....	53
<i>cvs balanced b50</i> .....	249	<i>daily vitamins</i> .....	243	DEPEN TITRATABS.....	233
<i>cvs c-lax laxative</i> .....	203	<i>daily vite</i> .....	243	DEPEND FRESH PROTECTION	
<i>cvs folic acid</i> .....	194	<i>daily vite multivitamin/iron</i> .....	242	MENS.....	219
<i>cvs gentle laxative</i> .....	203	<i>daily vites</i> .....	243	DEPO-ESTRADIOL.....	178
<i>cvs gentle laxative womens</i> .....	203	<i>daily-vite</i> .....	243	DEPO-MEDROL.....	142
CVS GLUCOSE METER TEST		<i>daily-vite multivitamin</i> .....	243	DEPO-PROVERA.....	140
STRIPS.....	162	<i>dalfampridine er</i> .....	274	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	140
<i>cvs inner ear plus</i> .....	249	DALIRESP.....	43	DEPO-TESTOSTERONE.....	35
CVS LANCETS 21G.....	210	DALVANCE.....	84	DERMA-SMOOTH/FS BODY.....	153
CVS LANCETS MICRO THIN 33G.....	210	<i>danazol</i> .....	35	DERMOTIC.....	265
CVS LANCETS ORIGINAL.....	210	DANTRIUM.....	251	DESCOVY.....	118
CVS LANCETS THIN 26G.....	210	<i>dantrolene sodium</i> .....	251	DESFERAL.....	68
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G.....	210	DANYELZA.....	93	<i>desflurane</i> .....	185
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G.....	210	<i>dapagliflozin pro-metformin er</i> .....	65	<i>desipramine hcl</i> .....	57
<i>cvs magnesium citrate</i> .....	202	<i>dapagliflozin propanediol</i> .....	64	<i>desloratadine</i> .....	73

<i>desmopressin ace spray refrig</i> .....	177	DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST .....	162	<i>dolishale</i> .....	139
<i>desmopressin acetate</i> .....	177	DIATRUE PLUS TEST .....	162	DOLOBID .....	29
DESMOPRESSIN ACETATE .....	177	<i>diazepam</i> .....	38, 46	<i>donepezil hcl</i> .....	271
<i>desmopressin acetate pf</i> .....	177	<i>diazepam intensol</i> .....	38	DOPAMINE HCL .....	130
<i>desmopressin acetate spray</i> .....	177	<i>diazoxide</i> .....	59	DOPAMINE-DEXTROSE .....	130
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	135	DIBENZYLIN .....	79	DOPRAM .....	14
<i>desonide</i> .....	153, 154	<i>dichlorphenamide</i> .....	167	DOPTLET .....	196
DESOWEN .....	154	DICLEGIS .....	69	DORYX MPC .....	280
<i>desoximetasone</i> .....	154	<i>diclofenac epolamine</i> .....	149	<i>dorzolamide hcl</i> .....	259
DESOXYN .....	13	<i>diclofenac potassium</i> .....	25	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....	256
DESVENLAFAXINE ER .....	56	<i>diclofenac potassium(migraine)</i> .....	228	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i> .....	256
<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	56	<i>diclofenac sodium</i> .....	25, 149, 150, 261	<i>dotti</i> .....	178
DETROL .....	286	<i>diclofenac sodium er</i> .....	25	DOVATO .....	118
DETROL LA .....	286	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	24	<i>doxazosin mesylate</i> .....	82
DEXABLISS .....	142	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	269	<i>doxepin hcl</i> .....	57, 150, 199
<i>dexamethasone</i> .....	142	<i>dicyclomine hcl</i> .....	282, 283	<i>doxercalciferol</i> .....	172
DEXAMETHASONE INTENSOL .....	142	<i>diethylpropion hcl</i> .....	14	DOXIL .....	101
<i>dexamethasone sod phos +rfd</i> .....	142	<i>diethylpropion hcl er</i> .....	14	<i>doxorubicin hcl</i> .....	101
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> .....	142	DIFFERIN .....	147	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	101
DEXAMETHASONE SOD		DIFICID .....	206	<i>doxy 100</i> .....	280
PHOSPHATE PF .....	142	<i>diflorasone diacetate</i> .....	154	<i>doxycycline</i> .....	158
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		DIFLUCAN .....	72	<i>doxycycline hyclate</i> .....	280
.....	142, 262	<i>diflunisal</i> .....	29	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	280
DEXAMETHASONE SODIUM		<i>difluprednate</i> .....	262	<i>doxylamine-pyridoxine</i> .....	69
PHOSPHATE .....	142	DIGIFAB .....	68	DRISDOL .....	293
DEXCOM G6 RECEIVER .....	211	<i>digoxin</i> .....	129	DRIZALMA SPRINKLE .....	56
DEXCOM G6 SENSOR .....	211	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	228	<i>dronabinol</i> .....	70
DEXCOM G6 TRANSMITTER .....	211	DILANTIN .....	52	<i>droperidol</i> .....	37
DEXCOM G7 RECEIVER .....	211	DILANTIN INFATABS .....	52	DROPLET INSULIN SYRINGE .....	221
DEXCOM G7 SENSOR .....	211	DILANTIN-125 .....	52	DROPLET LANCETS ULTRA THIN	
DEXEDRINE .....	13	DILAUDID .....	30	30G .....	211
DEXILANT .....	284	<i>diltiazem hcl</i> .....	127	DROPLET MICRON .....	221
<i>dexlansoprazole</i> .....	284	DILTIAZEM HCL .....	127	DROPLET PEN NEEDLES .....	221
DEXMEDETOMIDINE HCL .....	200	<i>diltiazem hcl er</i> .....	127	DROPLET PERSONAL LANCETS	
<i>dexmedetomidine hcl</i> .....	200	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	127	30G .....	211
<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i> .....	200	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	127	DROPSAFE SAFETY PEN	
DEXMEDETOMIDINE HCL-		<i>dilt-xr</i> .....	127	NEEDLES .....	221
DEXTROSE .....	200	DIMENHYDRINATE .....	70	DROPSAFE SAFETY	
<i>dexamethylphenidate hcl</i> .....	16	<i>dimethyl fumarate</i> .....	273	SYRINGE/NEEDLE .....	221
<i>dexamethylphenidate hcl er</i> .....	15, 16	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> .....	273	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> .....	136
<i>dexrazoxane</i> .....	103	DIM-PLUS .....	236	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	136
<i>dexrazoxane hcl</i> .....	103	DIOVAN .....	81	DROXIA .....	194
DEXTENZA .....	262	DIOVAN HCT .....	80	<i>droxidopa</i> .....	292
<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	13	DIPENTUM .....	182	DRUG MART LANCETS THIN 26G	211
<i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....	13	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	73	DRUG MART ON-THE-GO LANCET	
<i>dextrose</i> .....	255	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	67	30G .....	211
DEXTROSE .....	256	DIPRIVAN .....	184	DRUG MART UNIFINE PENTIPS ...	221
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48		DIPROLENE .....	154	DRUG MART UNIFINE PENTIPS	
.....	229	<i>dipyridamole</i> .....	192	PLUS .....	221
<i>dextrose in lactated ringers</i> .....	229	DISCOVISC .....	263	DRUG MART UNILET LANCETS	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE .....	229	<i>disopyramide phosphate</i> .....	38	28G .....	211
<i>dextrose-sodium chloride</i> .....	230	<i>disulfiram</i> .....	270	DRUG MART UNILET LANCETS	
DEXYCU .....	262	DIURIL .....	168	30G .....	211
DHIVY .....	111	<i>divalproex sodium</i> .....	53	DRUG MART UNILET LANCETS	
DIACOMIT .....	47	<i>divalproex sodium er</i> .....	53	33G .....	211
<i>dialyvit 800</i> .....	240	DIVIGEL .....	178	DSUVIA .....	30
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE		<i>dobutamine hcl</i> .....	129	DUAKLIR PRESSAIR .....	40
TEST .....	162	DOBUTAMINE-DEXTROSE .....	129	DUAVEE .....	179
DIATHRIVE GLUCOSE TEST .....	162	DOCETAXEL .....	105	DUETACT .....	66
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN		DOCIVYX .....	106	DUEXIS .....	24
30 .....	211	<i>dodex</i> .....	193	<i>dulcolax</i> .....	202
DIATHRIVE LANCETS .....	211	<i>dofetilide</i> .....	39	<i>dulcolax milk of magnesia</i> .....	202
DIATHRIVE PEN NEEDLE .....	221	DOJOLVI .....	256	DULERA .....	40



<i>duloxetine hcl</i> .....	56	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	211	ELLA.....	139
DUOBRII.....	160	21G.....	211	ELLENC.....	101
DUO-CARE TEST.....	162	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	211	ELMIRON.....	186
DUOPA.....	111	23G.....	211	ELOCTATE.....	188
DUOVISC.....	263	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	211	ELREXFIO.....	95
DUPIXENT.....	152	26G.....	211	<i>eluryng</i> .....	139
<i>duramorph</i> .....	30	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	211	ELYXYB.....	228
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN..	206	28G.....	211	ELZONRIS.....	102
DUREX REALFEEL.....	206	EASY TOUCH SAFETY PEN	222	EMBRACE BLOOD GLUCOSE	
DUREX TROPICAL.....	206	NEEDLES.....	222	TEST.....	163
DUREZOL.....	262	EASY TOUCH SHEATHLOCK	222	EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE	
DUROLANE.....	252	SYRINGE.....	222	TEST.....	163
DURYSTA.....	264	EASY TOUCH TEST.....	163	EMBRACE LANCETS ULTRA THIN	
<i>dutasteride</i> .....	185	EASY TRAK BLOOD GLUCOSE	163	30G.....	211
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .....	186	TEST.....	163	EMBRACE PEN NEEDLES.....	222
DUVYZAT.....	254	EASY TRAK II GLUCOSE TEST.....	163	EMBRACE PRESSURE	
DYANAVEL XR.....	13	<i>easygel</i> .....	238	ACTIVATED 21G.....	211
<i>dyclopro</i> .....	157	EASYGLUCO.....	163	EMBRACE PRESSURE	
DYMISTA.....	252	EASYMAX 15 TEST.....	163	ACTIVATED 28G.....	211
DYRENIUM.....	168	EASYMAX TEST.....	163	EMBRACE PRO GLUCOSE TEST....	163
DYSPORT.....	254	EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST	163	EMBRACE TALK GLUCOSE TEST..	163
<i>e.e.s. 400</i> .....	206	.....	163	EMBRACE WAVE BLOOD	
E.E.S. GRANULES.....	206	EASYPRO PLUS.....	163	GLUCOSE.....	163
<i>ear health formula</i> .....	249	EBGLYSS.....	152	EMEND.....	70
<i>ear health plus</i> .....	249	EC-NAPROSYN.....	25	EMEND TRI-PACK.....	70
EASY COMFORT INSULIN		<i>ec-naproxen</i> .....	25	EMERPHED.....	292
SYRINGE.....	221	<i>econazole nitrate</i> .....	156	EMFLAZA.....	142
<i>easy comfort insulin syringe</i> .....	221	<i>econtra one-step</i> .....	139	EMGALITY.....	227
EASY COMFORT LANCETS.....	211	<i>ecotrin low strength</i> .....	29	EMGALITY (300 MG DOSE).....	227
EASY COMFORT LANCETS TWIST		ECOZA.....	156	EMPAVELI.....	190
TOP.....	211	<i>edaravone</i> .....	253	EMPLICITI.....	94
EASY COMFORT PEN NEEDLES....	221	EDARBI.....	81	EMSAM.....	54
EASY GLIDE PEN NEEDLES.....	221	EDARBYCLOR.....	80	<i>emtricitabine</i> .....	120
EASY MAX BLOOD GLUCOSE		EDECRI.....	167	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	118
TEST.....	162	<i>edetate calcium disodium</i> .....	68	EMTRIVA.....	121
EASY MAX T1 GLUCOSE SYSTEM	211	EDEX.....	131	EMVERM.....	36
EASY PLUS II GLUCOSE TEST.....	162	EDLUAR.....	199	Emzahh.....	141
EASY STEP TEST.....	162	EDURANT.....	120	<i>enalapril maleate</i> .....	78
EASY TALK BLOOD GLUCOSE		<i>efavirenz</i> .....	120	<i>enalaprilat</i> .....	78
TEST.....	162	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> .....	118	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	77
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS..	162	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> .....	118	ENBRACE HR.....	246
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN		EFFEXOR XR.....	56	ENBREL.....	27
SY.....	221	EFFIENT.....	193	ENBREL MINI.....	27
EASY TOUCH HEALTHPRO		EFUDEX.....	149	ENBREL SURECLICK.....	27
GLUCOSE.....	163	EGRIFTA SV.....	171	ENCARE.....	290
EASY TOUCH INSULIN SAFETY		ELAHERE.....	101	ENDARI.....	193
SYR.....	221	ELAPRASE.....	174	ENDO AVITENE.....	197
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..	222	ELCYS.....	255	<i>endocet</i> .....	33
EASY TOUCH LANCETS 21G.....	211	ELELYSO.....	193	ENDOMETRIN.....	291
EASY TOUCH LANCETS 23G.....	211	ELEMENT COMPACT TEST.....	163	<i>endur-b</i> .....	241
EASY TOUCH LANCETS 26G.....	211	ELEMENT TEST.....	163	ENFAMIL EXPECTA.....	248
EASY TOUCH LANCETS 28G.....	211	ELEPSIA XR.....	48	ENGERIX-B.....	288
EASY TOUCH LANCETS		ELESTRIN.....	178	ENHERTU.....	101
28G/TWIST.....	211	<i>eletriptan hydrobromide</i> .....	228	Enilloring.....	139
EASY TOUCH LANCETS 30G.....	211	ELFABRIO.....	170	ENJAYMO.....	190
EASY TOUCH LANCETS		ELIDEL.....	157	ENLITE GLUCOSE SENSOR.....	211
30G/TWIST.....	211	ELIGARD.....	105	<i>enoxaparin sodium</i> .....	45
EASY TOUCH LANCETS 32G.....	211	<i>elinest</i> .....	136	<i>enpresse-28</i> .....	141
EASY TOUCH LANCETS		ELIQUIS.....	45	<i>enskyce</i> .....	136
32G/TWIST.....	211	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK..	45	ENSPRYNG.....	236
EASY TOUCH LANCETS		ELITEK.....	103	ENSTILAR.....	160
33G/TWIST.....	211	<i>elite-ob</i> .....	246	<i>entacapone</i> .....	111
EASY TOUCH PEN NEEDLES.....	222	ELIXOPHYLLIN.....	44	ENTADFI.....	186

<i>entecavir</i> .....	122	<i>eq sleep-aid</i> .....	198	ESTRING.....	291
ENTRESTO.....	130	<i>eq stomach relief</i> .....	66	ESTROFACTORS.....	243
ENTYVIO.....	182	<i>eq stool softener</i> .....	204	ESTROGEL.....	179
ENTYVIO PEN.....	182	<i>eq stool softener extra str</i> .....	204	<i>eszopiclone</i> .....	199
<i>enulose</i> .....	182	<i>eq urinary pain relief max st</i> .....	186	<i>ethacrynate sodium</i> .....	167
ENVARUSUS XR.....	236	<i>eql aspirin low dose</i> .....	29	<i>ethacrynic acid</i> .....	167
EOHILIA.....	143	<i>eql b complex 50</i> .....	241	<i>ethambutol hcl</i> .....	88
EPANED.....	78	<i>eql b-100 complex</i> .....	241	ETHAMOLIN.....	237
EPCLUSA.....	122	<i>eql clearlax</i> .....	201	<i>ethosuximide</i> .....	52
EPHEDRINE SULFATE		EQL COLOR LANCETS 21G.....	211	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	136
(PRESSORS).....	292	EQL COLOR LANCETS MICRO 33G		<i>etodolac</i> .....	25
EPICORD.....	159	.....	212	<i>etodolac er</i> .....	25
EPIDIOLEX.....	48	<i>eql gentle laxative</i> .....	203	<i>etomidate</i> .....	184
EPIDUO.....	147	EQL INSULIN SYRINGE.....	222	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	139
EPIDUO FORTE.....	147	<i>eql laxative</i> .....	203	ETOPOPHOS.....	106
EPIFIX.....	159, 160	<i>eql magnesium citrate</i> .....	202	<i>etoposide</i> .....	106
EPIFIX MICRONIZED.....	160	EQL PRENATAL FORMULA.....	246	<i>etravirine</i> .....	120
EPIFOAM.....	159	<i>eql super b complex/vitamin c</i> .....	240	EUCRISA.....	158
<i>epinastine hcl</i> .....	258	EQL SUPER THIN LANCETS 30G.....	212	EUFLEXXA.....	252
<i>epinephrine</i> .....	291, 292	EQL THIN LANCETS 26G.....	212	EULEXIN.....	89
EPINEPHRINE.....	292	EQUETRO.....	112	<i>euthyrox</i> .....	281
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....	291	ERAXIS.....	71	EVAMIST.....	179
EPINEPHRINE PF.....	292	ERBITUX.....	95	EVEKEO.....	13
EPINEPHRINESNAP.....	291	<i>ergocalciferol</i> .....	293	EVENITY.....	176
EPIPEN 2-PAK.....	291	<i>ergoloid mesylates</i> .....	275	<i>everolimus</i> .....	98, 236
EPIPEN JR 2-PAK.....	292	ERGOMAR.....	228	EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	212
<i>epitol</i> .....	48	<i>ergotamine-caffeine</i> .....	227	EVERSENSE E3 SMART	
EPIVIR.....	121	<i>eribulin mesylate</i> .....	106	TRANSMITTER.....	212
EPKINLY.....	95	ERIVEDGE.....	96	EVERSENSE SENSOR/HOLDER.....	212
<i>eplerenone</i> .....	83	ERLEADA.....	89	EVERSENSE SMART	
EPOGEN.....	194	<i>erlotinib hcl</i> .....	95	TRANSMITTER.....	212
<i>epoprostenol sodium</i> .....	131	ERMEZA.....	281	EVISTA.....	176
EPRONTIA.....	48	<i>errin</i> .....	141	EVKEEZA.....	74
EPSOLAY.....	147	ERTACZO.....	156	EVOLUTION AUTOCODE.....	163
<i>eptifibatide</i> .....	191	<i>ertapenem sodium</i> .....	84	EVOMELA.....	106
<i>eq allergy relief</i> .....	72	ERVEBO.....	288	EVOTAZ.....	118
<i>eq allergy relief childrens</i> .....	73	<i>ery</i> .....	146	EVOXAC.....	239
<i>eq allergy relief d 12 hour</i> .....	145	ERYGEL.....	146	EVRYSDI.....	254
EQ ALLERGY RELIEF NASAL		ERYPED 200.....	206	EXELDERM.....	156
DECONG.....	145	ERYPED 400.....	206	EXELON.....	271
<i>eq aspirin adult low dose</i> .....	29	<i>ery-tab</i> .....	206	<i>exemestane</i> .....	103
<i>eq aspirin low dose</i> .....	29	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	206	EXFORGE.....	79
EQ BLOOD GLUCOSE TEST.....	163	<i>erythromycin</i> .....	146, 206, 258	EXFORGE HCT.....	81
<i>eq chocolate laxative</i> .....	203	<i>erythromycin base</i> .....	206	EXJADE.....	67
<i>eq clearlax</i> .....	201	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	206	<i>ex-lax ultra</i> .....	203
<i>eq docosanol</i> .....	152	<i>erythromycin lactobionate</i> .....	206	EXONDYS 51.....	254
<i>eq famotidine</i> .....	283	ESBRIET.....	279	EXSERVAN.....	253
<i>eq gentle laxative</i> .....	203	<i>escitalopram oxalate</i> .....	55	EXTAVIA.....	273
<i>eq hair regrowth for women</i> .....	161	<i>esgic</i> .....	28	EXTENCILLINE.....	268
<i>eq hemorrhoid relief</i> .....	36	ESGIC.....	28	EYES ALIVE.....	256
<i>eq hot or cold large compress</i> .....	219	ESKATA.....	159	EYLEA.....	264
<i>eq laxative</i> .....	201	<i>esmolol hcl</i> .....	125	EYLEA HD.....	264
<i>eq magnesium citrate</i> .....	202	ESMOLOL HCL.....	125	EYSUVIS.....	262
<i>eq miconazole 3-day combo</i> .....	290	<i>esmolol hcl-sodium chloride</i> .....	125	E-Z JECT LANCET MICRO-THIN	
<i>eq miconazole 7</i> .....	290	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	284	33G.....	212
<i>eq mucus relief d</i> .....	145	<i>esomeprazole sodium</i> .....	284	E-Z JECT LANCET SUPER THIN	
<i>eq mucus relief dm max str</i> .....	144	ESPEROCT.....	188	30G.....	212
<i>eq mucus-d</i> .....	145	<i>estarylla</i> .....	136	E-Z JECT LANCETS.....	212
<i>eq nicotine</i> .....	276	<i>estazolam</i> .....	199	E-Z JECT LANCETS 21G.....	212
<i>eq nicotine polacrilex</i> .....	276	ESTRACE.....	179, 291	E-Z JECT LANCETS THIN 26G.....	212
<i>eq nicotine step 3</i> .....	276	<i>estradiol</i> .....	179, 291	EZALLOR SPRINKLE.....	75
<i>eq sinus &amp; cold-d</i> .....	145	<i>estradiol valerate</i> .....	179	<i>ezetimibe</i> .....	76
<i>eq sinus &amp; congestion max str</i> .....	253	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	178	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	76



EZ-LETS LANCETS 21G .....	212	FIFTY50 PEN NEEDLES .....	222	FLUORESCITE .....	260
EZ-LETS LANCETS 26G .....	212	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	212	<i>fluoridex</i> .....	238
EZ-LETS LANCETS 28G .....	212	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT		<i>fluoridex daily renewal</i> .....	238
EZ-LETS LANCETS 30G .....	212	SYR .....	222	<i>fluoridex enhanced whitening</i> .....	238
<i>fa-8</i> .....	194	FIFTY50 UNILET LANCETS 33G	212	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	238
FABHALTA .....	190	FILSPARI .....	186	<i>fluorometholone</i> .....	262
FABIOR .....	147	FILSUVEZ .....	161	<i>fluorouracil</i> .....	90, 149
FABRAZYME .....	170	FINACEA .....	158	<i>fluoxetine hcl</i> .....	55
<i>falmina</i> .....	136	<i>finasteride</i> .....	161, 185	FLUOXETINE HCL .....	55
<i>famciclovir</i> .....	123	FINGERSTIX LANCETS .....	212	<i>fluoxetine hcl (pmd)</i> .....	275
<i>famotidine</i> .....	283	<i>fungolimod hcl</i> .....	277	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	115
<i>famotidine (pf)</i> .....	283	FINTEPLA .....	48	<i>fluphenazine hcl</i> .....	115
<i>famotidine premixed</i> .....	283	Finzala .....	136	<i>flurandrenolide</i> .....	154
FANAPT .....	112	FIORICET .....	28	FLURA-SAFE .....	260
FANAPT TITRATION PACK .....	112	FIORICET/CODEINE .....	30	<i>flurazepam hcl</i> .....	199
FANTASY LUBRICATED .....	206	FIRAZYR .....	189	<i>flurbiprofen</i> .....	25
FANTASY		FIRDAPSE .....	87	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	261
LUBRICATED/SPERMICIDE .....	207	FIRMAGON .....	104	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i> .....	40
FARESTON .....	90	FIRMAGON (240 MG DOSE) .....	104	<i>fluticasone propionate</i> .....	154, 253
FARXIGA .....	64	FIRVANQ .....	85	<i>fluticasone propionate diskus</i> .....	44
FASENRA .....	42	<i>flac</i> .....	265	<i>fluticasone propionate hfa</i> .....	44
FASENRA PEN .....	42	FLAGYL .....	83	<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	40
FASLODEX .....	103	FLANAX .....	25	<i>fluvastatin sodium</i> .....	75
FC2 FEMALE CONDOM .....	206	FLAREX .....	262	<i>fluvastatin sodium er</i> .....	75
<i>febuxostat</i> .....	187	FLAVOVIT EAR HEALTH .....	249	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	55
FEIBA .....	188	<i>flavoxate hcl</i> .....	287	<i>fluvoxamine maleate er</i> .....	55
<i>felbamate</i> .....	51	FLEBOGAMMA DIF .....	266	FLUZONE .....	289
FELBATOL .....	51	<i>flecainide acetate</i> .....	39	FLUZONE HIGH-DOSE .....	289
<i>felodipine er</i> .....	127	FLECTOR .....	149	FML FORTE .....	262
FEMARA .....	103	FLEET SALINE ENEMA .....	202	FML LIQUIFILM .....	262
FEMCAP .....	206	FLEQSUVY .....	250	FOCALIN .....	16
FEMLYV .....	136	FLEXBUMIN .....	192	FOCALIN XR .....	16
FEMRING .....	291	FLOLAN .....	131	<i>focinvez</i> .....	70
<i>fenofibrate</i> .....	75	FLOLIPID .....	75	<i>folate</i> .....	194
<i>fenofibrate micronized</i> .....	75	FLOMAX .....	185	FOLGARD OS .....	242
<i>fenofibric acid</i> .....	75	FLORAFOL PEDIATRIC .....	244	<i>folic acid</i> .....	194
FENOGLIDE .....	75	FLORIVA .....	231, 245	FOLIVANE-OB .....	246
FENOPROFEN CALCIUM .....	25	FLORIVA PLUS .....	244	FOLLISTIM AQ .....	174
<i>fenopropfen calcium</i> .....	25	<i>floxuridine</i> .....	90	FOLOTYN .....	90
FENSOLVI (6 MONTH) .....	173	FLUAD .....	288	<i>foltabs 800</i> .....	194
<i>fentanyl</i> .....	31	FLUARIX .....	288	<i>fomepizole</i> .....	68
<i>fentanyl citrate</i> .....	31	FLUBLOK .....	288	<i>fondaparinux sodium</i> .....	46
FENTANYL CITRATE (PF) .....	30, 31	FLUCELVAX .....	288, 289	FORA 6 CONNECT .....	163
<i>fentanyl citrate (pf)</i> .....	31	<i>fluconazole</i> .....	72	FORA 6 CONNECT/GTEL TEST .....	163
<i>fentanyl citrate pf</i> .....	31	FLUCONAZOLE IN SODIUM		FORA BLOOD GLUCOSE TEST .....	163
FENTANYL CITRATE PF .....	31	CHLORIDE .....	72	FORA D15G BLOOD GLUCOSE	
FERAHEME .....	196	<i>fluconazole in sodium chloride</i> .....	72	TEST .....	163
FERRIPROX .....	67	<i>flucytosine</i> .....	71	FORA D20 BLOOD GLUCOSE TEST	
FERRIPROX TWICE-A-DAY .....	67	<i>fludarabine phosphate</i> .....	90	.....	163
FERRLECIT .....	196	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	144	FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE	163
<i>ferumoxytol</i> .....	196	FLULAVAL .....	289	FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST	
<i>fesoterodine fumarate er</i> .....	286	<i>flumazenil</i> .....	68	.....	163
FETROJA .....	135	FLUMIST .....	289	FORA G30/PREM V10 GLUCOSE	
FETZIMA .....	56	<i>flunisolide</i> .....	253	TEST .....	163
FETZIMA TITRATION .....	56	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	154, 265	FORA GD20 TEST .....	163
<i>fexmid</i> .....	250	<i>fluocinolone acetonide body</i> .....	154	FORA GD50 BLOOD GLUCOSE	
FIASP .....	60	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .....	154	TEST .....	163
FIASP FLEXTOUCH .....	60	<i>fluocinonide</i> .....	154	FORA GTEL BLOOD GLUCOSE	
FIASP PENFILL .....	60	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	154	TEST .....	163
FIASP PUMPCART .....	60	<i>fluorescein</i> .....	260	FORA LANCETS .....	212
FIBRICOR .....	75	FLUORESCEIN		FORA TN'G ADVANCE PRO .....	163
FIBRYGA .....	188	SODIUM/BENOXINATE .....	260	FORA TN'G/TN'G VOICE .....	163
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 .....	163	<i>fluorescein-benoxinate</i> .....	260		

FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST	<i>ft ibuprofen pm</i> .....	198	GELFOAM SPONGE SIZE 200.....	198
.....	<i>ft laxative</i> .....	203	GELFOAM SPONGE SIZE 50.....	198
FORA V12 BLOOD GLUCOSE TEST	<i>ft magnesium citrate</i> .....	202	GELNIQUE.....	286
.....	<i>ft magnesium oxide</i> .....	231	GEL-ONE.....	252
FORA V20 BLOOD GLUCOSE TEST	<i>ft melatonin extra strength</i> .....	19	GELSYN-3.....	252
.....	<i>ft miconazole 3 comb pack-supp</i> .....	290	GEMCITABINE HCL .....	90
FORA V30A BLOOD GLUCOSE	<i>ft miconazole 3 combo pack</i> .....	290	<i>gemcitabine hcl</i> .....	90
TEST .....	<i>ft milk of magnesia</i> .....	202	<i>gemfibrozil</i> .....	75
FORACARE GD40 TEST .....	<i>ft nicotine</i> .....	276	<i>gemmily</i> .....	136
FORACARE PREMIUM V10 TEST ..	<i>ft nicotine mini</i> .....	276	GEMTESA .....	286
FORACARE TEST N GO TEST .....	<i>ft petroleum jelly</i> .....	269	<i>generlac</i> .....	182
FORANE .....	FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ...	240	<i>gengraf</i> .....	234
FORFIVO XL .....	FULPHILA .....	195	GENOTROPIN .....	171
<i>formaldehyde</i> .....	<i>fulvestrant</i> .....	103	GENOTROPIN MINIQUICK.....	171
<i>formoterol fumarate</i> .....	FUNGIMEZ .....	148	<i>gentamicin in saline</i> .....	19
FORTEO .....	FUROSCIX .....	167	<i>gentamicin sulfate</i> .....	19, 148, 258
FORTIFY OPTIMA WOMENS ADV	<i>furosemide</i> .....	167	GENTEEL BUTTERFLY TOUCH	
CARE .....	FUZEON .....	119	LANCET .....	212
FOSAMAX .....	FYARRO .....	98	<i>gentle laxative</i> .....	202, 203
FOSAMAX PLUS D .....	<i>fyavolv</i> .....	178	<i>gentlelax</i> .....	201
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	FYCOMPA .....	46	GENULTIMATE TEST .....	164
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> .....	FYLNETRA .....	195	GENVOYA .....	118
<i>foscarnet sodium</i> .....	<i>fyremadel</i> .....	171	GEODON .....	112
FOSCAVIR .....	<i>g tussin ac</i> .....	144	GHT TEST .....	164
<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	<i>gabapentin</i> .....	48	GIAPREZA .....	292
<i>fosinopril sodium</i> .....	<i>gabapentin (once-daily)</i> .....	275	GILENYA .....	277
<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	GALAFOLD .....	170	GILOTRIF .....	96
<i>fosphenytoin sodium</i> .....	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	271	GIMOTI .....	180
FOSRENOL .....	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	271	GIVLAARI .....	187
FOTIVDA .....	Gallifrey .....	269	GLASSIA .....	278
FRAGMIN .....	GALZIN .....	233	<i>glatiramer acetate</i> .....	274
<i>fraiche 5000 dental</i> .....	GAMASTAN .....	267	<i>glatopa</i> .....	274
FREESTYLE INSULINX TEST .....	GAMIFANT .....	236	GLEEVEC .....	94
FREESTYLE LANCETS .....	GAMMAGARD .....	267	GLEOSTINE .....	107
FREESTYLE LIBRE 14 DAY	GAMMAGARD S/D LESS IGA .....	267	GLIADEL WAFER .....	107
READER .....	GAMMAKED .....	267	<i>glimepiride</i> .....	65
FREESTYLE LIBRE 14 DAY	GAMMAPLEX .....	267	<i>glipizide</i> .....	65, 66
SENSOR .....	GAMUNEX-C .....	267	<i>glipizide er</i> .....	65
FREESTYLE LIBRE 2 READER .....	GANCICLOVIR .....	121	<i>glipizide xl</i> .....	66
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR .....	GANCICLOVIR SODIUM .....	121	<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	65
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS	<i>ganciclovir sodium</i> .....	121	GLOBAL EASE INJECT PEN	
SENSOR .....	GANIRELIX ACETATE .....	171	NEEDLES .....	222
FREESTYLE LIBRE 3 READER .....	GARDASIL 9 .....	289	GLOBAL EASY GLIDE INSULIN	
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR .....	GASTROCROM .....	180	SYR .....	222
FREESTYLE LIBRE READER .....	<i>gatifloxacin</i> .....	258	GLOBAL EASY GLIDE PEN	
FREESTYLE LITE TEST .....	GATTEX .....	181	NEEDLES .....	222
FREESTYLE PRECISION NEO TEST	<i>gavilax</i> .....	201	GLOBAL INJECT EASE INSULIN	
.....	GAVILYTE-C .....	200	SYR .....	222
FREESTYLE TEST .....	<i>gavilyte-g</i> .....	200	GLOBAL INJECT EASE LANCETS	
FREESTYLE UNISTICK II	Gavilyte-N With Flavor Pack .....	200	28G .....	212
LANCETS .....	GAVRETO .....	99	GLOBAL INJECT EASE LANCETS	
<i>fresenius propoven</i> .....	GAZYVA .....	92	30G .....	212
FRESKARO MAGNESIUM	GE100 BLOOD GLUCOSE TEST .....	164	GLOBAL INSULIN SYRINGES .....	222
CITRATE .....	<i>gefitinib</i> .....	95	GLOPERBA .....	187
FROVA .....	GELCLAIR .....	239	GLUCAGON EMERGENCY .....	59
<i>frovatriptan succinate</i> .....	GELFILM .....	197	GLUCO PERFECT 3 TEST .....	164
FRUZAQLA .....	GEL-FLOW NT .....	197	GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS .....	164
<i>ft acid reducer</i> .....	GELFOAM .....	197	GLUCOCARD EXPRESSION TEST ..	164
<i>ft aspirin</i> .....	GELFOAM COMPRESSED SIZE 100		GLUCOCARD SHINE TEST .....	164
<i>ft aspirin low dose</i> .....	.....	197	GLUCOCARD VITAL TEST .....	164
<i>ft b-100 complex pr</i> .....	GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 ..	197	GLUCOCARD X-SENSOR .....	164
<i>ft clearlax</i> .....	GELFOAM SPONGE .....	197	GLUCOCOM LANCETS 28G .....	212
<i>ft folic acid</i> .....	GELFOAM SPONGE SIZE 100 .....	198	GLUCOCOM LANCETS 30G .....	212

GLUCOCOM LANCETS 33G.....	213	GNP TRUETRACK TEST STRIPS....	164	GVOKE PFS.....	59
GLUCOCOM TEST.....	164	GNP ULTICARE PEN NEEDLES.....	222	GYNAZOLE-1.....	290
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE		GNP ULTIGUARD SAFEPAK		<i>habitrol</i> .....	276
TEST.....	164	NEEDLE.....	222	HADLIMA.....	22
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE.....	222	GNP ULTRA COM INSULIN		HADLIMA PUSHTOUCH.....	22
GLUCOSE METER TEST.....	164	SYRINGE.....	222	HAEGARDA.....	190
GLUCOTROL XL.....	66	<i>gnp womens gentle laxative</i> .....	203	HAEMOLANCE.....	213
GLUMETZA.....	58	GOCOVRI.....	110	HAEMOLANCE LOW FLOW	
<i>glyburide</i> .....	66	<i>gohibic</i> .....	190	LANCETS.....	213
<i>glyburide micronized</i> .....	66	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST.....	164	HAEMOLANCE PLUS.....	213
<i>glyburide-metformin</i> .....	65	GOJJI BLOOD TEST		HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW	213
GLYCATE.....	285	STRIP/LANCETS.....	164	HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW	213
<i>glycine</i> .....	186	GOJJI STERILE LANCETS.....	213	HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW	213
<i>glycine urologic</i> .....	186	<i>goldenseal root</i> .....	18	HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC	
<i>glycolax</i> .....	201	GOLYTELY.....	200	FLOW.....	213
GLYCOPHOS.....	231	GONAL-F.....	174	<i>hailey 1.5/30</i> .....	136
<i>glycopyrrolate</i> .....	285	GONAL-F RFF.....	175	<i>hailey 24 fe</i> .....	136
GLYCOPYRROLATE.....	285	GONAL-F RFF REDIJECT.....	175	<i>hailey fe 1.5/30</i> .....	136
GLYCOPYRROLATE PF.....	285	<i>goodsense aspirin</i> .....	29	<i>hailey fe 1/20</i> .....	136
<i>glycopyrrolate pf</i> .....	285	<i>goodsense aspirin low dose</i> .....	29	HALAVEN.....	106
<i>glydo</i> .....	157	<i>goodsense bisacodyl ec</i> .....	203	<i>halcinonide</i> .....	154
GLYRX-PF.....	285	<i>goodsense bisacodyl laxative</i> .....	203	HALCION.....	199
GLYXAMBI.....	64	GOODSENSE BLOOD GLUCOSE....	164	HALDOL DECANOATE.....	114
<i>gnp adult aspirin low strength</i> .....	29	<i>goodsense clearlax</i> .....	201	<i>halobetasol propionate</i> .....	154
<i>gnp aspirin</i> .....	29	GOODSENSE CLICKFINE PEN		HALOBETASOL PROPIONATE.....	154
<i>gnp aspirin low dose</i> .....	29	NEEDLE.....	222	Haloette.....	139
<i>gnp b-100 complex</i> .....	241	GOODSENSE COLOR LANCETS		HALOG.....	154
<i>gnp b-50 complex</i> .....	241	33G.....	213	<i>haloperidol</i> .....	114
<i>gnp b-complex plus vitamin c</i> .....	240	<i>goodsense dual action complete</i> .....	283	<i>haloperidol decanoate</i> .....	114
<i>gnp century adult</i> .....	243	GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	213	<i>haloperidol lactate</i> .....	114
<i>gnp clearlax</i> .....	201	GOODSENSE LANCETS 30G.....	213	HARVONI.....	122
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES.....	222	GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	213	<i>hav ez penetrating pain relief</i> .....	148
<i>gnp cranberry plus prob w/vitc</i> .....	19	GOODSENSE LANCETS 33G.....	213	HAVRIX.....	289
GNP EASY TOUCH GLUCOSE		GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	213	HEALON DUET PRO.....	263
TEST.....	164	<i>goodsense magnesium citrate</i> .....	202	HEALON GV PRO.....	263
<i>gnp essential one daily</i> .....	243	<i>goodsense milk of magnesia</i> .....	202	HEALON PRO.....	263
<i>gnp folic acid</i> .....	195	<i>goodsense nicotine</i> .....	276	HEALON5 PRO.....	263
<i>gnp gentle laxative</i> .....	203	GOODSENSE PEN NEEDLE		HEALTHWISE INSULIN	
GNP INSULIN SYRINGE.....	222	PENFINE.....	223	SYR/NEEDLE.....	223
GNP INSULIN SYRINGES.....	222	GOPRELTO.....	252	HEALTHWISE MICRON PEN	
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2"		GRALISE.....	275	NEEDLES.....	223
.....	222	<i>granisetron hcl</i> .....	69	HEALTHWISE SHORT PEN	
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2"		GRANIX.....	195	NEEDLES.....	223
.....	222	<i>grape seed</i> .....	19	<i>healthy hair/skin/nails</i> .....	243
GNP INSULIN SYRINGES		GRASTEK.....	18	<i>healthylax</i> .....	201
30GX5/16".....	222	<i>griseofulvin microsize</i> .....	71	<i>heather</i> .....	141
GNP INSULIN SYRINGES		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	71	<i>h-e-b aspirin</i> .....	29
31GX5/16".....	222	<i>guaifenesin-codeine</i> .....	144	H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	213
GNP LANCETS 21G.....	213	<i>guanfacine hcl</i> .....	82	H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	213
GNP LANCETS THIN 26G.....	213	<i>guanfacine hcl er</i> .....	12	H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	213
<i>gnp magnesium citrate</i> .....	202	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR..	213	H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES	223
<i>gnp milk of magnesia</i> .....	202	GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....	213	H-E-B INCONTROL UNIFINE	
<i>gnp nicotine</i> .....	276	GUARDIAN CONNECT		PENTIP.....	223
<i>gnp nicotine mini</i> .....	276	TRANSMITTER.....	213	HECTOROL.....	172
<i>gnp nicotine polacrilex</i> .....	276	GUARDIAN LINK 3		HELIDAC THERAPY.....	285
GNP PRENATAL.....	246	TRANSMITTER.....	213	HEMABATE.....	265
GNP STERILE LANCETS 28G.....	213	GUARDIAN REAL-TIME REPLACE		HEMADY.....	143
GNP STERILE LANCETS 30G.....	213	PED.....	213	HEMANGEOL.....	125
GNP STERILE LANCETS 33G.....	213	GUARDIAN SENSOR (3).....	213	HEMLIBRA.....	187
GNP TRUE METRIX GLUCOSE		GUARDIAN SENSOR 3.....	213	HEMOPIL M.....	188
STRIPS.....	164	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	59	HEPAGAM B.....	267
GNP TRUETRACK SMART		GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	59	<i>heparin (porcine) in nacl</i> .....	45
SYSTEM.....	164	GVOKE KIT.....	59	HEPARIN (PORCINE) IN NAACL.....	45



<i>heparin na (pork) lock flsh pf</i> .....	45	HULIO (2 PEN).....	22	HYMOVIS.....	252
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W ..	45	HULIO (2 SYRINGE).....	22	HYPERHEP B.....	267
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i> .....	45	HUMALOG.....	60, 61	HYPERRAB.....	267
<i>heparin sod (pork) lock flush</i> .....	45	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	60	HYPERRHO S/D.....	267
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	45	HUMALOG KWIKPEN.....	60	HYPERSAL.....	145
HEPARIN SODIUM (PORCINE).....	45	HUMALOG MIX 50/50.....	60	HYPERTET.....	267
<i>heparin sodium (porcine) pf</i> .....	45	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	60	HYQVIA.....	268
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF.....	45	HUMALOG MIX 75/25.....	61	HYRIMOZ.....	22
HEPLISAV-B.....	289	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	61	HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER ..	22
HEPZATO W/50MM CATHETER.....	106	HUMALOG TEMPO PEN.....	61	HYRIMOZ-PED<40KG CROHN	
HEPZATO W/62MM CATHETER.....	106	HUMATE-P.....	188	STARTER.....	22
HER STYLE.....	139	HUMATIN.....	19	HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN	
HERCEPTIN.....	93	HUMATROPE.....	171	START.....	22
HERCEPTIN HYLECTA.....	101	HUMIRA (2 PEN).....	22	HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UEVIT	
HERZUMA.....	93	HUMIRA (2 SYRINGE).....	22	START.....	23
<i>hetastarch-nacl</i> .....	191	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	22	HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS	
HETLIOZ.....	200	HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT		START.....	23
HETLIOZ LQ.....	200	STARTER.....	22	HYSINGLA ER.....	31
HEXATRIONE.....	143	HUMULIN 70/30.....	61	HY-VEE LANCETS.....	213
HEXTEND.....	191	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	61	HY-VEE THIN LANCETS.....	213
HIBERIX.....	287	HUMULIN N.....	61	HYZAAR.....	80
<i>hidex 6-day</i> .....	143	HUMULIN N KWIKPEN.....	61	<i>ibandronate sodium</i> .....	169
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN.....	243	HUMULIN R.....	61	IBRANCE.....	103
HIPREX.....	86	HUMULIN R U-500		IBSRELA.....	181
HIZENTRA.....	267	(CONCENTRATED).....	61	<i>ibu</i> .....	25
<i>hm clearlax</i> .....	201	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	61	<i>ibuprofen</i> .....	25
<i>hm milk of magnesia</i> .....	202	HW EMBRACE PRO GLUCOSE		<i>ibuprofen lysine</i> .....	25
<i>hm nicotine polacrilex</i> .....	276	TEST.....	164	<i>ibuprofen-famotidine</i> .....	25
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	223	HW EMBRACE TALK GLUCOSE		<i>ibutilide fumarate</i> .....	39
HM ULTICARE MINI PEN		TEST.....	164	<i>icatibant acetate</i> .....	189
NEEDLES.....	223	HYALGAN.....	252	<i>iclevia</i> .....	140
HM ULTICARE SHORT PEN		HYCANTIN.....	108	ICLUSIG.....	94
NEEDLES.....	223	HYCODAN.....	144	<i>icosapent ethyl</i> .....	74
HORIZANT.....	275	<i>hydralazine hcl</i> .....	83	IDACIO (2 PEN).....	23
HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE 7	208	<i>hydrating electrolyte</i> .....	230	IDACIO (2 SYRINGE).....	23
HUGGIES LITTLE SNUGLER		HYDREA.....	102	IDACIO-CROHNS/UC STARTER.....	23
NEWBRN.....	208	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	168	IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	23
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ		<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i> .....	145	IDAMYCIN PFS.....	101
3.....	208	<i>hydrocodone bitartrate er</i> .....	31	<i>idarubicin hcl</i> .....	101
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ		<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i> .....	144	IDELVION.....	188
4.....	208	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	30	IDHIFA.....	104
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ		<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	30	IDOSE TR.....	264
5.....	208	<i>hydrocortisone</i> .....	36, 143, 155	IFE-BIMIX 30/1.....	130
HUGGIES OVERNITES SIZE 3.....	208	<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	36	IFEX.....	106
HUGGIES OVERNITES SIZE 4.....	208	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> .....	36	<i>ifosfamide</i> .....	106
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1.....	208	<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	154, 155	IFOSFAMIDE.....	107
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2.....	208	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i> .....	143	IGALMI.....	200
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3.....	208	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	155	IGLUCOSE TEST STRIPS.....	164
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5.....	208	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	265	IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST	
HUGGIES SPEC DELIVERY		<i>hydromet</i> .....	144	STR.....	164
NEWBORN.....	208	<i>hydromorphone hcl</i> .....	31	IHEEZO.....	260
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 1	208	<i>hydromorphone hcl er</i> .....	31	ILARIS.....	24
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 2	208	HYDROMORPHONE HCL PF.....	31	ILEVRO.....	261
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 3	208	<i>hydromorphone hcl pf</i> .....	31	ILIDERM.....	158
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 4	208	<i>hydroxocobalamin acetate</i> .....	193	ILUMYA.....	150
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 5	208	HYDROXYCHLOROQUINE		ILUVIN.....	262
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 6	208	SULFAX.....	87	<i>imatiniib mesylate</i> .....	94
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER		<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	87	IMBRUVICA.....	95
NEWBN.....	208	<i>hydroxyurea</i> .....	102	IMCIVREE.....	15
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ		<i>hydroxyzine hcl</i> .....	37	IMDELLTRA.....	95
1.....	208	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	37	IMFINZI.....	93
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ		HYFTOR.....	157	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	84
2.....	208	HYLENEX.....	234	<i>imipramine hcl</i> .....	57

<i>imipramine pamoate</i> .....	57	INSULIN GLARGINE-YFGN .....	61	IZERVAY .....	259
<i>imiquimod</i> .....	157	INSULIN LISPRO .....	61	JADENU .....	67
<i>imiquimod pump</i> .....	157	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) .....	61	JADENU SPRINKLE .....	67
IMITREX .....	228	INSULIN LISPRO JUNIOR		<i>jaimiess</i> .....	140
IMITREX STATDOSE REFILL .....	228	KWIKPEN .....	61	JAKAFI .....	105
IMITREX STATDOSE SYSTEM .....	228	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO .....	62	<i>jantoven</i> .....	44
IMJUDO .....	92	INSULIN SYRINGE .....	223	JANUMET .....	59
IMPHENTIV .....	292	<i>insulin syringe-needle u-100</i> .....	223	JANUMET XR .....	59
IMOGAM RABIES-HT .....	267	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .....	223	JANUVIA .....	59
IMOVAX RABIES .....	289	INSUPEN PEN NEEDLES .....	223	JARDIANCE .....	65
IMPAVIDO .....	83	INTELENCE .....	120	<i>jasmiel</i> .....	136
IMPOYZ .....	155	INTERCEED .....	198	JATENZO .....	35
IMURAN .....	237	INTERCEED (TC7) .....	198	Javygtor .....	175
IMVEXXY MAINTENANCE PACK .....	291	INTRALIPID .....	256	JAYPIRCA .....	95
IMVEXXY STARTER PACK .....	291	INTRAROSA .....	290	JELMYTO .....	101
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST		<i>introvale</i> .....	140	JEMPERLI .....	93
.....	164	INTUNIV .....	12	<i>jencycla</i> .....	141
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G		INVEGA .....	113	JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL .....	246
.....	213	INVEGA HAFYERA .....	112	JENTADUETO .....	59
<i>inatal gt</i> .....	246	INVEGA SUSTENNA .....	113	JENTADUETO XR .....	59
INBRIJA .....	110	INVEGA TRINZA .....	113	JESDUVROQ .....	196
<i>incassia</i> .....	141	INVELTYS .....	262	JEUVEAU .....	156
INCONTROL ULTICARE PEN		INVOKAMET .....	65	JEVTANA .....	106
NEEDLES .....	223	INVOKAMET XR .....	65	<i>jinteli</i> .....	178
INCRELEX .....	173	INVOKANA .....	64	JIVI .....	188
INCRUSE ELLIPTA .....	42	IONOSOL-MB IN D5W .....	230	JOENJA .....	233
<i>indapamide</i> .....	168	IOPIDINE .....	261	<i>jolessa</i> .....	140
INDERAL LA .....	125	IPOL .....	289	JORNAY PM .....	16
INDERAL XL .....	125	<i>ipratropium bromide</i> .....	42, 253	Joyeaux .....	136
INDOCIN .....	25	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	40	JUBLIA .....	156
<i>indomethacin</i> .....	26	IQIRVO .....	183	<i>juleber</i> .....	136
<i>indomethacin er</i> .....	25	<i>irbesartan</i> .....	81	JULUCA .....	118
<i>indomethacin sodium</i> .....	26	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	80	<i>junel 1.5/30</i> .....	136
INFANRIX .....	282	IRESSA .....	96	<i>junel 1/20</i> .....	136
INFED .....	196	<i>irinotecan hcl</i> .....	108	<i>junel fe 1.5/30</i> .....	136
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST .....	164	ISENTRESS .....	119	<i>junel fe 1/20</i> .....	137
INFINITY VOICE .....	164	ISENTRESS HD .....	119	<i>junel fe 24</i> .....	137
INFLECTRA .....	184	<i>isibloom</i> .....	136	JUXTAPID .....	76
INFLIXIMAB .....	184	<i>isoflurane</i> .....	185	JYLAMVO .....	90
INFUMORPH 200 .....	31	ISOLYTE-P IN D5W .....	230	JYNARQUE .....	176
INFUMORPH 500 .....	31	ISOLYTE-S .....	230	JYNNEOS .....	289
INFUVITE ADULT .....	243	ISOLYTE-S PH 7.4 .....	230	KABIVEN .....	256
INFUVITE PEDIATRIC .....	245	<i>isoniazid</i> .....	88	KADCYLA .....	101
INGREZZA .....	271, 272	<i>isoproterenol hcl</i> .....	41	<i>kaitlib fe</i> .....	137
INJECTAFER .....	196	ISORDIL TITRADOSE .....	37	KALBITOR .....	191
INLYTA .....	109	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> .....	130	KALETRA .....	118
INNOPRAN XL .....	125	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	37	<i>kalliga</i> .....	137
INPEFA .....	130	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	37	KALYDECO .....	278, 279
INQOVI .....	101	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	37	KAMELEON LUBRICATED .....	207
INREBIC .....	104	<i>isotretinoin</i> .....	147	KANJINTI .....	93
INSPIRA .....	83	<i>isradipine</i> .....	127	KANUMA .....	174
INSTAT .....	198	ISTALOL .....	257	KAPSPARGO SPRINKLE .....	125
INSULIN ASP PROT & ASP		ISTODAX .....	97	KARBINAL ER .....	73
FLEXPEN .....	61	ISTURISA .....	170	KARDIAMEMBRANE .....	160
INSULIN ASPART .....	61	<i>itraconazole</i> .....	72	<i>kariva</i> .....	135
INSULIN ASPART FLEXPEN .....	61	<i>ivabradine hcl</i> .....	133	KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT	
INSULIN ASPART PENFILL .....	61	<i>ivermectin</i> .....	37, 158	1.2 .....	166
INSULIN ASPART PROT &		IWILFIN .....	107	KATE FARMS RENAL SUPPORT	
ASPART .....	61	IXCHIQ .....	289	1.8 .....	166
<i>insulin degludec</i> .....	61	IXEMPRA KIT .....	106	KATERZIA .....	127
<i>insulin degludec flextouch</i> .....	61	IXIARO .....	289	KCENTRA .....	188
<i>insulin glargine max solostar</i> .....	61	IXINITY .....	188	KCL (0.149%) IN NAACL .....	230
<i>insulin glargine solostar</i> .....	61	IYUZEH .....	264	<i>kcl (0.149%) in nacl</i> .....	230



KCL (0.298%) IN NACL.....	230	<i>klor-con m15</i> .....	231	<i>lactulose</i> .....	201
<i>kcl in dextrose-nacl</i> .....	230	<i>klor-con m20</i> .....	231	<i>lactulose encephalopathy</i> .....	183
KCL IN DEXTROSE-NACL.....	230	KLOXXADO.....	68	LAGEVRIO.....	123
KCL-LACTATED RINGERS-D5W ..	230	<i>kls aspirin low dose</i> .....	29	LAMICTAL.....	48
KEDBUMIN.....	192	<i>kls laxaclear</i> .....	201	LAMICTAL ODT.....	48
KEDRAB.....	267	<i>kls quit2</i> .....	276	LAMICTAL STARTER.....	48
<i>kelnor 1/35</i> .....	137	<i>kls quit4</i> .....	276	LAMICTAL XR.....	48, 49
<i>kelnor 1/50</i> .....	137	KMART VALU INSULIN SYRINGE		<i>lamivudine</i> .....	121, 122
KENALOG.....	155	29G.....	223	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	118
KENALOG-10.....	143	KMART VALU INSULIN SYRINGE		<i>lamotrigine</i> .....	49
KENALOG-40.....	143	30G.....	223	<i>lamotrigine er</i> .....	49
KENALOG-80.....	143	KOATE.....	188	<i>lamotrigine starter kit-blue</i> .....	49
KENDALL HYDROGEL WOUND		KOATE-DVI.....	189	<i>lamotrigine starter kit-green</i> .....	49
DRESS.....	161	<i>kobee</i> .....	241	<i>lamotrigine starter kit-orange</i> .....	49
KENGREAL.....	191	KOGENATE FS.....	189	LAMPIT.....	84
KEPIVANCE.....	103	KONVOMEP.....	284	LAMZEDE.....	169
KEPPRA.....	48	KORLYM.....	64	LANCETS.....	214
KEPPRA XR.....	48	KORSUVA.....	237	LANCETS 30G.....	214
KERENDIA.....	174	KOSELUGO.....	97	LANCETS 33G.....	214
KESIMPTA.....	273	KOSHER PRENATAL PLUS IRON ..	246	LANCETS MICRO THIN 33G.....	214
KETALAR.....	184	Kourzeq.....	239	LANCETS SUPER THIN.....	214
<i>ketamine hcl</i> .....	184	KOVALTRY.....	189	LANCETS SUPER THIN 28G.....	214
<i>ketamine hcl-sodium chloride</i> .....	184	<i>kp aspirin</i> .....	29	LANCETS THIN.....	214
<i>ketoconazole</i> .....	71, 156	<i>kp b complex-c</i> .....	240	LANCETS ULTRA THIN.....	214
<i>ketodan</i> .....	156	<i>kp bisacodyl</i> .....	203	LANCETS ULTRA THIN 30G.....	214
<i>ketoprofen</i> .....	26	<i>kp folic acid</i> .....	195	LANOXIN.....	129
<i>ketoprofen er</i> .....	26	KP PRENATAL MULTIVITAMINS ..	246	LANOXIN PEDIATRIC.....	129
<i>ketorolac tromethamine</i> .....	26, 261	K-PHOS.....	231	LANREOTIDE ACETATE.....	176
KETOROLAC TROMETHAMINE.....	26	K-PHOS NO 2.....	186	<i>lansoprazole</i> .....	284
KEVEYIS.....	167	K-PHOS-NEUTRAL.....	231	<i>lanthanum carbonate</i> .....	183
KEVZARA.....	24	KPN PRENATAL.....	246	LANTUS.....	62
KEYTRUDA.....	93	KRAZATI.....	97	LANTUS SOLOSTAR.....	62
KHAPZORY.....	103	KRINTAFEL.....	87	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	98
KIMMTRAK.....	95	KRISTALOSE.....	201	<i>larin 1.5/30</i> .....	137
<i>kimono</i> .....	207	KROGER BLOOD GLUCOSE TEST ..	164	<i>larin 1/20</i> .....	137
KIMONO COLORS.....	207	KROGER HEALTHPRO GLUCOSE		<i>larin 24 fe</i> .....	137
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	207	TEST.....	164	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	137
<i>kimono micro thin</i> .....	207	KROGER HEALTHPRO LANCET		<i>larin fe 1/20</i> .....	137
<i>kimono micro thin plus</i> .....	207	26G.....	214	LASIX.....	168
<i>kimono plus</i> .....	207	KROGER INSULIN SYRINGE.....	223	<i>latanoprost</i> .....	264
<i>kimono ps</i> .....	207	KROGER LANCETS.....	214	LATISSE.....	158
<i>kimono ps plus</i> .....	207	KROGER LANCETS 21G.....	214	LATUDA.....	112
<i>kimono sensation</i> .....	207	KROGER LANCETS MICRO THIN		LAVARE WOUND WASH.....	161
<i>kimono sensation plus</i> .....	207	33G.....	214	<i>laxative</i> .....	203
KIMONO SPECIAL.....	207	KROGER LANCETS SUPER THIN ..	214	<i>layolis fe</i> .....	137
KIMYRSA.....	85	KROGER LANCETS THIN.....	214	LAZCLUZE.....	96
KINERET.....	24	KROGER LANCETS THIN 26G.....	214	LEADER INSULIN SYRINGE.....	223
KINNEY LANCETS.....	213	KROGER LANCETS ULTRATHIN		LEADER UNIFINE PENTIPS.....	223
KINNEY THIN LANCETS.....	213	30G.....	214	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS ..	223
KINRAY INSULIN SYRINGE.....	223	KROGER PEN NEEDLES.....	223	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	122
KINRIX.....	282	KROGER PREMIUM GLUCOSE		<i>leena</i> .....	141
KIPROFEN.....	26	TEST.....	165	<i>leflunomide</i> .....	27
KISQALI (200 MG DOSE).....	103	KRYSTEXXA.....	187	LEMTRADA.....	273
KISQALI (400 MG DOSE).....	103	K-TAB.....	231	<i>lenalidomide</i> .....	235
KISQALI (600 MG DOSE).....	103	<i>kurvelo</i> .....	137	LENTOCILIN.....	268
KITABIS PAK.....	19	KUVAN.....	175	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	109
KLARON.....	146	KYLEENA.....	140	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	109
Klayesta.....	149	KYPROLIS.....	99	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	109
KLISYRI.....	158	KYZATREX.....	35	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	109
KLONOPIN.....	46	<i>labetalol hcl</i> .....	124	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	109
<i>klor-con</i> .....	231	<i>lacosamide</i> .....	48	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	109
<i>klor-con 10</i> .....	231	<i>lactated ringers</i> .....	230, 235	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	109
<i>klor-con m10</i> .....	231	LACTULOSE.....	201	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	109

LEQVIO.....	77	<i>lidocaine-epinephrine</i> .....	204	LOPRESSOR.....	125
LESCOL XL.....	75	<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i> .....	204	LOQTORZI.....	93
<i>lessina</i> .....	137	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	160	<i>lorazepam</i> .....	38
LETAIRIS.....	132	LIDODERM.....	157	<i>lorazepam intensol</i> .....	38
<i>letrozole</i> .....	103	LIKMEZ.....	83	LORBRENA.....	91
<i>leucovorin calcium</i> .....	104	LILETTA (52 MG).....	140	LOREEV XR.....	38
LEUKERAN.....	107	LINCOCIN.....	86	<i>loryna</i> .....	137
LEUKINE.....	196	<i>lincomycin hcl</i> .....	86	<i>losartan potassium</i> .....	81
<i>leuprolide acetate</i> .....	105	<i>linezolid</i> .....	86	<i>losartan potassium-hctz</i> .....	80
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> .....	105	<i>linezolid in sodium chloride</i> .....	86	LOTEMAX.....	262
<i>levabuterol hcl</i> .....	41	LINZESS.....	181	LOTEMAX SM.....	262
<i>levabuterol tartrate</i> .....	41	<i>liothyronine sodium</i> .....	281	LOTENSIN.....	78
<i>levamlodipine maleate</i> .....	127	<i>lipase concentrate-hp</i> .....	166	LOTENSIN HCT.....	77, 78
<i>levetiracetam</i> .....	49	LIPITOR.....	75	<i>loteprednol etabonate</i> .....	262
<i>levetiracetam er</i> .....	49	<i>lipo flavonoid plus</i> .....	249	LOTREL.....	77
LEVETIRACETAM IN NAACL.....	49	LIPOFEN.....	75	LOTRONEX.....	181
<i>levobunolol hcl</i> .....	257	<i>lipoflavovit</i> .....	249	<i>lovastatin</i> .....	76
<i>levocarnitine</i> .....	170	LIPOTRIAD.....	250	LOVAZA.....	74
<i>levocarnitine sf</i> .....	170	<i>liraglutide</i> .....	63	LOVENOX.....	46
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	73	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i> .....	13	<i>low-ogestrel</i> .....	137
<i>levofloxacin</i> .....	179, 258	<i>lisinopril</i> .....	78	<i>loxapine succinate</i> .....	115
<i>levofloxacin in d5w</i> .....	179	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	77	<i>lo-zumandimine</i> .....	137
<i>levoleucovorin calcium</i> .....	104	LITE TOUCH LANCETS.....	214	<i>lubiprostone</i> .....	180
<i>levoleucovorin calcium pf</i> .....	104	LITETOUCH INSULIN SYRINGE... ..	223	<i>lubricant eye pm</i> .....	256
<i>levonest</i> .....	141	LITETOUCH LANCETS.....	214	LUCEMYRA.....	270
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est</i> .....	140	LITETOUCH PEN NEEDLES.....	223	LUCENTIS.....	264
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> .....	140	LITFULO.....	148	LUGOLS STRONG IODINE.....	117
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> .....	137	<i>lithium</i> .....	112	<i>luliconazole</i> .....	156
<i>levonorgestrel</i> .....	139	<i>lithium carbonate</i> .....	111, 112	LUMAKRAS.....	97
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	137, 139	<i>lithium carbonate er</i> .....	111	LUMIGAN.....	264
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	141	LITHOBID.....	112	LUMIZYME.....	170
LEVOPHED.....	292	LITHOSTAT.....	186	LUMRYZ.....	270
<i>levora 0.15/30 (28)</i> .....	137	LIVALO.....	75, 76	LUMRYZ STARTER PACK.....	270
<i>levorphanol tartrate</i> .....	31	LIVDELZI.....	183	LUNESTA.....	199
<i>levo-t</i> .....	281	LIVE BETTER LANCET SUPER		LUNSUMIO.....	95
LEVOTHYROXINE SODIUM.....	281	THIN.....	214	LUPKYNIS.....	234
<i>levothyroxine sodium</i> .....	281	LIVMARLI.....	181	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	105
<i>levoxyl</i> .....	281	LIVTENCITY.....	122	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	105
LEVULAN KERASTICK.....	158	<i>lmd in d5w</i> .....	191	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	105
LEXAPRO.....	55	<i>lmd in nacl</i> .....	191	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	105
LEXETTE.....	155	LO LOESTRIN FE.....	135	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)..	173
<i>l-glutamine</i> .....	193	LOCOID.....	155	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)..	173
LIALDA.....	182	LODINE.....	26	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)..	173
LIBERTY MEDICAL LANCETS.....	214	LODOCO.....	130	<i>lurasidone hcl</i> .....	112
LIBERTY NEXT GENERATION		LODOSYN.....	110	LUTATHERA.....	102
TEST.....	165	<i>loestrin 1.5/30 (21)</i> .....	137	<i>lutera</i> .....	137
LIBERTY TEST.....	165	<i>loestrin 1/20 (21)</i> .....	137	LUZU.....	156
LIBERVANT.....	46	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	137	LYBALVI.....	278
LIBRAX.....	282	<i>loestrin fe 1/20</i> .....	137	<i>lyleq</i> .....	141
LIBTAYO.....	93	<i>lofena</i> .....	26	<i>lyllana</i> .....	179
LICART.....	149	<i>lofexidine hcl</i> .....	270	LYNPARZA.....	107
LICEFREEE.....	234	<i>lojaimiess</i> .....	140	LYRICA.....	49
<i>lidocaine</i> .....	157	LOKELMA.....	237	LYRICA CR.....	275
<i>lidocaine hcl</i> .....	157, 205, 238	LOMAIRA.....	14	LYSODREN.....	89
<i>lidocaine hcl (cardiac)</i> .....	39	LOMOTIL.....	67	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	96
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF.....	39	LONGS INSULIN SYRINGE.....	223	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	96
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i> .....	39	LONGS LANCETS STANDARD.....	214	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	96
<i>lidocaine hcl (pf)</i> .....	204	LONGS LANCETS THIN.....	214	LYUMJEV.....	62
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i> .....	157	LONGS LANCETS ULTRA THIN.....	214	LYUMJEV KWIKPEN.....	62
<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl</i> .....	260	LONSURF.....	101	LYUMJEV TEMPO PEN.....	62
<i>lidocaine hcl-oxymetazoline</i> .....	252	<i>loperamide hcl</i> .....	67	LYVISPAH.....	250
<i>lidocaine in d5w</i> .....	39	LOPID.....	75	<i>lyza</i> .....	141
<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	238	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	118	<i>maca root</i> .....	19

MACROBID.....	86	MEDLANCE PLUS LITE 25G.....	214	<i>methadone hcl intensol</i> .....	31
MACRODANTIN.....	86	MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM		METHADOSE.....	32
<i>mafenide acetate</i> .....	152	.....	214	<i>methadose</i> .....	32
MAGELLAN INSULIN SAFETY		MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G		METHADOSE SUGAR-FREE.....	32
SYR.....	223	.....	214	<i>methamphetamine hcl</i> .....	13
<i>magnesium citrate</i> .....	203	MEDLANCE PLUS UNIVERSAL		<i>methazolamide</i> .....	167
MAGNESIUM SULFATE.....	231	21G.....	214	<i>methenamine hippurate</i> .....	86
MAGNESIUM SULFATE IN D5W.....	231	MEDROL.....	143	<i>methergine</i> .....	265
MALARONE.....	87	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	140, 269	<i>methimazole</i> .....	281
<i>malathion</i> .....	159	<i>mefenamic acid</i> .....	26	METHITEST.....	35
<i>manganese chloride</i> .....	231	<i>mefloquine hcl</i> .....	87	<i>methocarbamol</i> .....	250
<i>mannitol</i> .....	168	<i>mega multiple/chelated mineral</i> .....	250	<i>methotrexate sodium</i> .....	90
MARATHON MEDICAL PENTIPS.....	223	<i>megestrol acetate</i> .....	108, 269	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	90
<i>maraviroc</i> .....	119	MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST.....	165	<i>methoxsalen rapid</i> .....	150
MARCAINE.....	205	MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE		<i>methscopolamine bromide</i> .....	285
MARCAINE PRESERVATIVE FREE.....	205	TEST.....	165	<i>methsuximide</i> .....	53
MARCAINE/EPINEPHRINE.....	204	MEIJER LANCETS.....	214	<i>methylropa</i> .....	82
MARCAINE/EPINEPHRINE PF.....	204	MEIJER LANCETS THIN.....	214	<i>methylene blue</i> .....	68
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	144	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylene blue (antidote)</i> .....	68
MARGENZA.....	93	21G.....	214	<i>methylergonovine maleate</i> .....	265, 266
MARINOL.....	70	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		METHYLIN.....	16
<i>marlissa</i> .....	137	30G.....	214	<i>methylphenidate</i> .....	17
MARPLAN.....	54	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylphenidate hcl</i> .....	17
MASONATAL.....	246	33G.....	215	<i>methylphenidate hcl er</i> .....	16, 17
MATULANE.....	102	MEIJER PEN NEEDLES.....	224	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i> .....	16
<i>matzim la</i> .....	128	MEIJER SUPER THIN LANCETS.....	215	<i>methylphenidate hcl er (la)</i> .....	16
MAVENCLAD (10 TABS).....	272	MEIJER TRUETEST TEST.....	165	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .....	16
MAVENCLAD (4 TABS).....	272	MEIJER TRUETRACK TEST.....	165	METHYLPHENIDATE HCL ER	
MAVENCLAD (5 TABS).....	272	MEKINIST.....	97	(OSM).....	16
MAVENCLAD (6 TABS).....	272	MEKTOVI.....	97	<i>methylphenidate hcl er (xr)</i> .....	16
MAVENCLAD (7 TABS).....	272	<i>meloxicam</i> .....	26	<i>methylprednisolone</i> .....	143
MAVENCLAD (8 TABS).....	272	<i>melphalan hcl</i> .....	107	<i>methylprednisolone sodium succ</i> .....	143
MAVENCLAD (9 TABS).....	272	<i>memantine hcl</i> .....	274	<i>methyltestosterone</i> .....	35
MAVYRET.....	122	<i>memantine hcl er</i> .....	274	<i>metoclopramide hcl</i> .....	180, 181
MAX SLEEP JUNIOR.....	19	MENEST.....	179	<i>metolazone</i> .....	168
MAXALT.....	228	MENOPUR.....	175	<i>metoprolol succinate er</i> .....	125
MAXALT-MLT.....	228	MENOSTAR.....	179	<i>metoprolol tartrate</i> .....	125
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	223	MENQUADFI.....	287	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	82
MAXI-COMFORT INSULIN		MENVEO.....	287	METROCREAM.....	158
SYRINGE.....	223	<i>mepidrine hcl</i> .....	31	METROGEL.....	158
MAXI-COMFORT SAFETY PEN		MEPILEX BORDER FLEX/CM.....	161	METROLOTION.....	158
NEEDLE.....	223	<i>meprobamate</i> .....	37	METRONIDAZOLE.....	83
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2".....	223	MEPRON.....	84	<i>metronidazole</i> .....	83, 158, 159, 291
MAXIDEX.....	262	MEPSEVII.....	174	<i>metryrosine</i> .....	79
MAXITROL.....	261	<i>mercaptopurine</i> .....	90	<i>mexiletine hcl</i> .....	39
<i>maxi-tuss ac</i> .....	144	<i>meropenem</i> .....	84	MI PASTE.....	208
MAXI-TUSS CD.....	146	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	84	MI PASTE PLUS.....	208
<i>maxx</i> .....	207	<i>merzee</i> .....	137	MIACALCIN.....	170
<i>maxx plus</i> .....	207	<i>mesalamine</i> .....	182	Mibelas 24 Fe.....	137
MAYZENT.....	278	<i>mesalamine er</i> .....	182	MICAFUNGIN SODIUM.....	71
MAYZENT STARTER PACK.....	278	<i>mesalamine-cleanser</i> .....	182	<i>micafungin sodium-nacl</i> .....	71
<i>meclizine hcl</i> .....	70	<i>mesna</i> .....	108	MICARDIS.....	81
<i>meclofenamate sodium</i> .....	26	MESNEX.....	108	MICARDIS HCT.....	80
<i>medi tab</i> .....	243	MESTINON.....	87	<i>miconazole 3</i> .....	290
MEDIC INSULIN SYRINGE.....	223	METADATE CD.....	16	<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i> .....	148
MEDICHOICE SAFETY LANCET.....	214	<i>metaxalone</i> .....	250	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED	
MEDICHOICE SAFETY LANCET		<i>metformin hcl</i> .....	58	PLUS.....	267
EXTRA.....	214	METFORMIN HCL.....	58	MICRODOT PEN NEEDLE.....	224
MEDICHOICE SAFETY LANCET		<i>metformin hcl er</i> .....	58	MICRODOT TEST.....	165
NORM.....	214	<i>metformin hcl er (mod)</i> .....	58	<i>microgestin 1.5/30</i> .....	137
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES.....	224	<i>metformin hcl er (osm)</i> .....	58	<i>microgestin 1/20</i> .....	137
<i>medikoff drops</i> .....	239	METHADONE HCL.....	31	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	137
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G.....	214	<i>methadone hcl</i> .....	31, 32	<i>microgestin fe 1/20</i> .....	137



MICROLET LANCETS.....	215	MONJUVI.....	92	MVASI.....	109
<i>midazolam hcl</i> .....	199	MONOFERRIC.....	196	<i>my choice</i> .....	139
<i>midazolam hcl (pf)</i> .....	199	MONOJECT BONE MARROW		<i>my way</i> .....	139
MIDAZOLAM HCL-SODIUM		BIOPSY.....	205	MYALEPT.....	173
CHLORIDE.....	199	<i>monoject flush syringe</i> .....	232	MYCAMINE.....	71
<i>midazolam-sodium chloride (pf)</i> .....	199	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	224	MYCAPSSA.....	176
<i>midodrine hcl</i> .....	292	<i>monoject sodium chloride flush</i> .....	232	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	235
MIEBO.....	264	MONOJECT ULTRA COMFORT		<i>mycophenolate sodium hcl</i> .....	235
MIFEPREX.....	168	SYRINGE.....	224	<i>mycophenolate sodium</i> .....	235
<i>mifepristone</i> .....	64, 168	MONOLET LANCETS.....	215	<i>mycophenolic acid</i> .....	235
<i>migergot</i> .....	227	MONOLET OPD LANCETS.....	215	MYDAYIS.....	12
<i>miglitol</i> .....	58	MONOLETTOR SAFETY LANCETS.....	215	MYDCOMBI.....	257
<i>miglustat</i> .....	193	<i>mono-lynyah</i> .....	137	MYDRIACYL.....	257
MIGRANAL.....	228	MONOVISC.....	252	MYFEMBREE.....	178
<i>mili</i> .....	137	<i>montelukast sodium</i> .....	43	MYFORTIC.....	235
<i>milk of magnesia</i> .....	203	MORPHINE SULFATE.....	32	MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G	
<i>milrinone lactate</i> .....	130	<i>morphine sulfate</i> .....	32	.....	215
<i>milrinone lactate in dextrose</i> .....	130	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> .....	32	MYGLUCOHEALTH TEST.....	165
<i>mimvey</i> .....	178	<i>morphine sulfate (pf)</i> .....	32	MYHIBBIN.....	235
<i>mineral oil heavy</i> .....	202	MORPHINE SULFATE (PF).....	32	MYLERAN.....	88
MINILINK REAL-TIME		<i>morphine sulfate er</i> .....	32	MYLOTARG.....	92
TRANSMITTER.....	215	<i>morphine sulfate er beads</i> .....	32	MYOBLOC.....	254
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS		MOTTEGRITY.....	180	MYRBETRIQ.....	286
.....	215	MOTOFEN.....	67	MYSOLINE.....	49
MINIVELLE.....	179	MOTPOLY XR.....	49	MYTESI.....	66
MINOCIN.....	280	MOUNJARO.....	63	MYXREDLIN.....	62
<i>minocycline hcl</i> .....	280	MOVANTIK.....	183	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i> .....	196
<i>minocycline hcl er</i> .....	280	MOVIPREP.....	200	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> .....	200
MINOLIRA.....	281	MOXIFLOXACIN HCL.....	179	NABI-HB.....	267
<i>minoxidil</i> .....	83	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	180, 259	<i>nabumetone</i> .....	26
MIOCHOL-E.....	258	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i> .....	258	<i>nadolol</i> .....	125
MIOSTAT.....	258	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i> .....	179	<i>nafcillin sodium</i> .....	269
MIPLYFFA.....	275	MOZOBIL.....	194	NAFCILLIN SODIUM IN	
<i>mirabegron er</i> .....	286	MRESVIA.....	289	DEXTROSE.....	269
MIRAPEX ER.....	111	MS CONTIN.....	32	<i>naftifine hcl</i> .....	149
MIRCERA.....	194	MS INSULIN SYRINGE.....	224	NAFTIN.....	149
MIRENA (52 MG).....	140	MULPLETA.....	196	NAGLAZYME.....	174
<i>mirtazapine</i> .....	53	MULTAQ.....	39	<i>nalbuphine hcl</i> .....	34
MIRVASO.....	159	MULTI PRENATAL.....	246	NALFON.....	26
<i>misoprostol</i> .....	286	<i>multi vitamin</i> .....	243	<i>nalmefene hcl</i> .....	68
MITIGARE.....	187	MULTI VITAMIN W/D-3.....	243	NALOCET.....	33
<i>mitigo</i> .....	32	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i> .....	230	<i>naloxone hcl</i> .....	68
<i>mitomycin</i> .....	101, 258	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i> .....	230	<i>naltrexone hcl</i> .....	68
MITOSOL.....	258	<i>multiple vitamin-folic acid</i> .....	243	NAMENDA TITRATION PAK.....	274
<i>mitoxantrone hcl</i> .....	101	<i>multiple vitamins</i> .....	243	NAMENDA XR.....	274
<i>mm allergy relief 24 hour</i> .....	73	<i>multiple vitamins essential</i> .....	243	NAMZARIC.....	270
<i>mm aspirin</i> .....	29	<i>multiple vitamins/iron</i> .....	242	NAPRELAN.....	26
MM BLULINK GLUCOSE TEST.....	165	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	232	NAPROSYN.....	26
<i>mm clearlax</i> .....	201	MULTIVITAMIN.....	243	<i>naproxen</i> .....	26
MM EASY TOUCH GLUCOSE.....	165	<i>multi-vitamin</i> .....	243	<i>naproxen dr</i> .....	26
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE.....	224	<i>multivitamin adult</i> .....	243	<i>naproxen sodium</i> .....	26
MM PEN NEEDLES.....	224	<i>multivitamin iron-free</i> .....	243	<i>naproxen sodium er</i> .....	26
<i>mm stool softener</i> .....	204	<i>multivitamin plus iron adult</i> .....	242	<i>naproxen-esomeprazole mg</i> .....	25
MM TWIST LANCETS.....	215	<i>multivitamin w/fluoride</i> .....	244	<i>naratriptan hcl</i> .....	228
M-M-R II.....	288	<i>multivitamin/fluoride</i> .....	244, 245	NARDIL.....	54
M-NATAL PLUS.....	246	<i>multi-vitamin/fluoride</i> .....	244	NAROPIN.....	205
<i>modafinil</i> .....	17	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i> .....	244	NASCOBAL.....	194
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y		<i>multi-vitamin/iron</i> .....	242	NATACYN.....	259
.....	289	MULTI-VIT-FLOR.....	245	<i>natal pnv</i> .....	246
<i>moexipril hcl</i> .....	78	MULTRYLS.....	232	NATALVIT.....	246
<i>molindone hcl</i> .....	115	<i>mupirocin</i> .....	148	NATAZIA.....	140
<i>mometasone furoate</i> .....	155, 253	<i>mupirocin calcium</i> .....	148	<i>nateglinide</i> .....	64
<i>mondoxylene nl</i> .....	281	<i>mutamycin</i> .....	101	NATESTO.....	35

NATROBA.....	159	NGENLA.....	171	<i>norethindrone-eth estradiol</i> .....	178
<i>nat-rul b-50</i> .....	250	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	76	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> .....	141
<i>nat-rul daily-vite+iron</i> .....	242	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .....	76	<i>norethin-eth estradiol-fe</i> .....	138
NAYZILAM.....	47	<i>niacor</i> .....	76	<i>norgesic</i> .....	251
<i>nebivolol hcl</i> .....	125	<i>nicardipine hcl</i> .....	128	<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	138
NEBUPENT.....	83	NICARDIPINE HCL IN NACL.....	128	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> .....	141
Nebusal.....	145	NICODERM CQ.....	277	NORITATE.....	159
<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	137	NICORETTE.....	277	NORLIQVA.....	128
NEEVO DHA.....	246	NICORETTE MINI.....	277	<i>norlyroc</i> .....	141
<i>nefazodone hcl</i> .....	55	NICORETTE STARTER KIT.....	277	<i>normal saline flush</i> .....	232
NEFFY.....	292	NICOTINE.....	277	NORMOSOL-M IN D5W.....	230
<i>nelarabine</i> .....	90	<i>nicotine</i> .....	277	NORMOSOL-R.....	230
NEMLUVIO.....	157	<i>nicotine mini</i> .....	277	NORMOSOL-R IN D5W.....	230
NEOCATE SYNEO JUNIOR.....	166	<i>nicotine polacrilex</i> .....	277	NORMOSOL-R PH 7.4.....	230
NEOMULTIVITE.....	243	<i>nicotine polacrilex mini</i> .....	277	NORPACE.....	39
<i>neomycin sulfate</i> .....	19	<i>nicotine step 1</i> .....	277	NORPACE CR.....	38
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> .....	259	<i>nicotine step 2</i> .....	277	NORPRAMIN.....	57
<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	185	<i>nicotine step 3</i> .....	277	NORTHERA.....	292
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> .....	262	NICOTROL.....	277	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	138
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....	259	NICOTROL NS.....	277	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	138
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	262, 265	<i>nifedipine</i> .....	128	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	138
NEONATAL COMPLETE.....	246	<i>nifedipine er</i> .....	128	<i>nortrel 7/7/7</i> .....	141
NEONATAL PLUS.....	246	<i>nifedipine er osmotic release</i> .....	128	<i>nortriptyline hcl</i> .....	57
<i>neonatal prenatal</i> .....	246	<i>nikki</i> .....	138	NORVASC.....	128
NEONATAL VITAMIN.....	246	NILANDRON.....	89	NORVIR.....	120
<i>neo-polycin</i> .....	259	<i>nilutamide</i> .....	89	NOURIANZ.....	109
<i>neo-polycin hc</i> .....	262	<i>nimodipine</i> .....	128	NOVA MAX GLUCOSE TEST.....	165
NEOPROFEN.....	27	NINJACOF.....	145	NOVA SAFETY LANCETS 23G.....	215
NEORAL.....	234	NINJACOF-D.....	145	NOVA SAFETY LANCETS 28G.....	215
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE.....	88	NINJACOF-XG.....	144	NOVA SUREFLEX LANCETS.....	215
NEO-SYNALAR.....	148	NINLARO.....	99	NOVAREL.....	175
NEOX 100.....	160	NIPENT.....	102	<i>novavax covid-19 vaccine</i> .....	289
NEOX CORD 1K.....	160	NIPRIDE RTU.....	83	<i>novite</i> .....	243
<i>nephro vitamins</i> .....	240	<i>nisoldipine er</i> .....	128	NOVOEIGHT.....	189
NEPHRO-VITE.....	240	<i>nitazoxanide</i> .....	84	NOVOFINE PEN NEEDLE.....	224
NERLYNX.....	98	NITHIODOTE.....	67	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE.....	224
NESACAINE.....	205	<i>nitisinone</i> .....	172	NOVOLIN 70/30.....	62
NESACAINE-MPF.....	205	NITRO-BID.....	37	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	62
NESTABS.....	246	NITRO-DUR.....	37	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION.....	62
NESTABS DHA.....	246	<i>nitrofurantoin</i> .....	87	NOVOLIN 70/30 RELION.....	62
NESTABS ONE.....	248	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	87	NOVOLIN N.....	62
<i>neuac</i> .....	147	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	87	NOVOLIN N FLEXPEN.....	62
NEULASTA.....	195	<i>nitroglycerin</i> .....	36, 37	NOVOLIN N FLEXPEN RELION.....	62
NEULASTA ONPRO.....	195	NITROGLYCERIN.....	37	NOVOLIN N RELION.....	62
NEUPOGEN.....	195	<i>nitroglycerin in d5w</i> .....	37	NOVOLIN R.....	62
NEUPRO.....	111	NITROLINGUAL.....	37	NOVOLIN R FLEXPEN.....	62
NEURONTIN.....	49, 50	<i>nitroprusside sodium</i> .....	83	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	62
NEUTEK 2TEK TEST.....	165	<i>nitroprusside sodium-nacl</i> .....	83	NOVOLIN R RELION.....	62
NEVANAC.....	261	NITROSTAT.....	37	NOVOLOG.....	62
<i>nevirapine</i> .....	120	NITYR.....	172	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN	
<i>nevirapine er</i> .....	120	<i>niva thyroid</i> .....	281	RELION.....	62
<i>new day</i> .....	139	NIVA-PLUS.....	246	NOVOLOG FLEXPEN.....	62
NEXAVAR.....	98	NIVESTYM.....	195	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	62
NEXICLON XR.....	82	<i>nizatidine</i> .....	283	NOVOLOG MIX 70/30.....	63
NEXIUM.....	284	NOCDURNA.....	177	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	63
NEXIUM I.V.....	284	<i>nora-be</i> .....	141	NOVOLOG MIX 70/30 RELION.....	63
NEXLETOL.....	74	NORDITROPIN FLEXPRO.....	171	NOVOLOG PENFILL.....	63
NEXLIZET.....	74	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> .....	139	NOVOLOG RELION.....	63
NEXOBRID.....	156	<i>norepinephrine bitartrate</i> .....	292	NOVOSEVEN RT.....	189
NEXPLANON.....	140	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	138	NOXAFIL.....	72
NEXTERONE.....	39	<i>norethindrone</i> .....	141	<i>np thyroid</i> .....	281
NEXTSTELLIS.....	137	<i>norethindrone acetate</i> .....	269	NPLATE.....	196
NEXVIAZYME.....	170	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> .....	138	NUBEQA.....	89



NUCALA.....	42	OLPRUVA (5 GM DOSE).....	177	ONGENTYS.....	111
NUCYNTA.....	32	OLPRUVA (6 GM DOSE).....	177	ONGLYZA.....	59
NUCYNTA ER.....	32	OLPRUVA (6.67 GM DOSE).....	177	ONIVYDE.....	108
NUEDEXTA.....	275	OLUMIANT.....	20	ONPATTRO.....	276
NULIBRY.....	174	OMECLAMOXP-PAK.....	285	ONTRUZANT.....	93
NULOJIX.....	237	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	74	ONUREG.....	90
NUMBRINO.....	253	OMEGAVEN.....	256	ONYDA XR.....	12
NUMPLAZID.....	112	<i>omeprazole</i> .....	284	ONZETRA XSAIL.....	228
NURTEC.....	227	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> .....	284	<i>opcicon one-step</i> .....	139
NUTRILIPID.....	256	OMIDRIA.....	263	OPDIVO.....	93
NUTROPIN AQ NUSPIN 10.....	171	OMNARIS.....	253	OPDUALAG.....	91
NUTROPIN AQ NUSPIN 20.....	171	OMNICAP.....	243	OPFOLDA.....	171
NUTROPIN AQ NUSPIN 5.....	171	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	208	OPILL.....	141
NUVARING.....	139	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN		OPSUMIT.....	132
NUVESSA.....	291	5.....	219	OPSYNVI.....	130
NUVIGIL.....	17	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN		<i>option 2</i> .....	139
NUWIQ.....	189	5.....	219	OPTIONS GYNOL II	
NUZYRA.....	280	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....	219	CONTRACEPTIVE.....	290
<i>nyamyc</i> .....	149	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		OPTIUMEZ TEST.....	165
<i>nylia 1/35</i> .....	138	PODS.....	219	OPVEE.....	68
<i>nylia 7/7/7</i> .....	141	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	219	OPZELURA.....	152
NYMALIZE.....	128	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	219	ORABLOC.....	204
<i>nystatin</i> .....	71, 149, 238	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	219	ORACEA.....	159
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	148	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	219	ORALAIR.....	18
<i>nystop</i> .....	149	OMNIPOD GO.....	219	<i>oralone</i> .....	239
NYVEPRIA.....	195	OMNITROPE.....	171	ORAPRED ODT.....	143
OB COMPLETE.....	246	OMVOH.....	182	ORAVIG.....	238
OB COMPLETE ONE.....	246	ON CALL EXPRESS BLOOD		ORBACTIV.....	85
OB COMPLETE PETITE.....	246	GLUCOSE.....	165	ORENCIA.....	27
OB COMPLETE PREMIER.....	246	ONCASPAR.....	102	ORENCIA CLICKJECT.....	27
OB COMPLETE/DHA.....	246	<i>once daily</i> .....	243	ORENITRAM.....	131
<i>obizur</i> .....	189	<i>ondansetron</i> .....	69	ORENITRAM MONTH 1.....	131
OCALIVA.....	180	<i>ondansetron hcl</i> .....	69	ORENITRAM MONTH 2.....	131
<i>ocella</i> .....	138	<i>one daily</i> .....	244	ORENITRAM MONTH 3.....	131
OCREVUS.....	273	<i>one daily essential</i> .....	243	ORFADIN.....	172
OCREVUS ZUNOVO.....	272	<i>one daily essentials</i> .....	243	ORGOVYX.....	104
OCTAGAM.....	267	<i>one daily multivitamin adult</i> .....	243	ORIAHNN.....	178
OCTAPLAS BLOOD GROUP A.....	192	<i>one daily multivitamin/iron</i> .....	242	ORILISSA.....	171
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB.....	192	ONE DROP TEST.....	165	ORKAMBI.....	279
OCTAPLAS BLOOD GROUP B.....	192	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	244	ORLADEYO.....	191
OCTAPLAS BLOOD GROUP O.....	192	ONE VITE WOMENS.....	246	<i>orlistat</i> .....	15
<i>octreotide acetate</i> .....	176	ONE VITE WOMENS PLUS.....	246	Ormalvi.....	167
OCUFLOX.....	259	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	244	<i>orphenadrine citrate</i> .....	250
ODACTRA.....	18	ONE-A-DAY MENS.....	244	<i>orphenadrine citrate er</i> .....	250
ODEFSEY.....	118	ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL		ORPHENADRINE-ASPIRIN-	
ODOMZO.....	97	.....	246	CAFFEINE.....	251
OFEV.....	279	<i>one-daily multi vitamins</i> .....	244	<i>orphengesic forte</i> .....	251
<i>ofloxacin</i> .....	180, 259, 265	<i>one-daily multi-vitamin</i> .....	244	ORSERDU.....	108
OGIVRI.....	93	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i> .....	242	ORTHOVISC.....	252
OGSIVEO.....	96	<i>one-daily/iron</i> .....	242	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	123
OHTUVAYRE.....	43	ONELAX MAGNESIUM CITRATE.....	203	<i>osmitrol</i> .....	168
OJEMDA.....	95	ONETOUCH DELICA PLUS		OSMOLEX ER.....	110
OJJAARA.....	105	LANCET30G.....	215	OSPHENA.....	176
<i>olanzapine</i> .....	117	ONETOUCH DELICA PLUS		OTEZLA.....	27
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> .....	278	LANCET33G.....	215	OTOVEL.....	265
OLINVYK.....	32	ONETOUCH ULTRA.....	165	OTREXUP.....	20
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	81	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST.....	165	OVEGA-3.....	256
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	80	ONETOUCH ULTRA TEST.....	165	OVIDE.....	159
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .....	81	ONETOUCH ULTRASOFT 2		OVIDREL.....	175
<i>olopatadine hcl</i> .....	253	LANCETS.....	215	<i>oxacillin sodium</i> .....	269
OLPRUVA (2 GM DOSE).....	177	ONETOUCH VERIO.....	165	OXACILLIN SODIUM IN	
OLPRUVA (3 GM DOSE).....	177	ONEXTON.....	147	DEXTROSE.....	269
OLPRUVA (4 GM DOSE).....	177	ONFI.....	47	<i>oxaliplatin</i> .....	88

<i>oxaprozin</i> .....	27	PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T .....	208	<i>pentobarbital sodium</i> .....	199
<i>oxazepam</i> .....	38	PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T .....	208	<i>pentoxifylline er</i> .....	191
<i>oxcarbazepine</i> .....	50	PAMPERS SWADDLERS SIZE 7 .....	208	PEPCID .....	283
<i>oxcarbazepine er</i> .....	50	PANCREAZE .....	167	PERCOCET .....	33
OXERVATE .....	260	PANDEL .....	155	PERFECT LANCETS 28G .....	215
<i>oxiconazole nitrate</i> .....	156	PANHEMATIN .....	191	PERFECT LANCETS 30G .....	215
OXISTAT .....	156	PANRETIN .....	150	PERFECT POINT SAFETY	
OXLUMO .....	186	<i> pantoprazole sodium</i> .....	284	LANCETS .....	215
OXTELLAR XR .....	50	<i> pantoprazole sodium-nacl</i> .....	284	PERFOROMIST .....	41
<i>oxybutynin chloride</i> .....	286	PANZYGA .....	267	PERIDEX .....	238
<i>oxybutynin chloride er</i> .....	286	PARADIGM REAL-TIME		PERIKABIVEN .....	256
<i>oxycodone hcl</i> .....	32	TRANSMITTER .....	215	<i> perindopril erbumine</i> .....	78
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN .....	33	PARAGARD INTRAUTERINE		<i> periogard</i> .....	238
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	33	COPPER .....	139	PERJETA .....	93
OXYCONTIN .....	32	<i> paraplatin</i> .....	89	<i> permethrin</i> .....	159
<i>oxymorphone hcl</i> .....	33	<i> paricalcitol</i> .....	173	<i> perphenazine</i> .....	115, 116
<i>oxymorphone hcl er</i> .....	33	PARLODEL .....	110	<i> perphenazine-amitriptyline</i> .....	275
<i>oxytocin</i> .....	266	PARNATE .....	54	PERSERIS .....	113
OXYTROL .....	286	<i> paroxetine hcl</i> .....	55	PERTZYE .....	167
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) .....	63	<i> paroxetine hcl er</i> .....	55	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y	
OZEMPIC (1 MG/DOSE) .....	63	<i> paroxetine mesylate</i> .....	278	.....	289
OZEMPIC (2 MG/DOSE) .....	63	PARSABIV .....	169	<i> pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y</i> .....	289
OZOBAX DS .....	250	PAXIL .....	55	<i> pfizerpen</i> .....	268
OZURDEX .....	262	PAXIL CR .....	55	PHARMACIST CHOICE	
<i>pacerone</i> .....	39	PAXLOVID (150/100) .....	121	AUTOCODE .....	165
<i>paclitaxel</i> .....	106	PAXLOVID (300/100) .....	121	PHARMACIST CHOICE LANCETS .....	215
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND		<i> pazopanib hcl</i> .....	98	PHARMACIST CHOICE NO	
PART .....	106	PC UNIFINE PENTIPS .....	224	CODING .....	165
PADCEV .....	93	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT .....	230	PHARMACY COUNTER LANCETS .....	215
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) .....	18	PEDIAPRED .....	143	PHEBURANE .....	177
PALFORZIA (120 MG DAILY		PEDIARIX .....	282	<i> phendimetrazine tartrate</i> .....	14
DOSE) .....	18	PEDMARK .....	107	PHENDIMETRAZINE TARTRATE	
PALFORZIA (160 MG DAILY		PEDVAX HIB .....	287	ER .....	14
DOSE) .....	18	<i> peg 3350</i> .....	202	<i> phenelzine sulfate</i> .....	54
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) .....	18	<i> peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....	201	PHENERGAN .....	73
PALFORZIA (200 MG DAILY		<i> peg-3350/electrolytes</i> .....	201	<i> phenobarbital</i> .....	199
DOSE) .....	18	<i> peg-3350/electrolytes/ascorbat</i> .....	201	<i> phenobarbital sodium</i> .....	199
PALFORZIA (240 MG DAILY		PEGASYS .....	122	<i> phenoxybenzamine hcl</i> .....	79
DOSE) .....	18	<i> peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> .....	201	<i> phentermine hcl</i> .....	14
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) .....	18	PEG-PREP .....	201	<i> phentolamine mesylate</i> .....	79
PALFORZIA (300 MG		PEMAZYRE .....	96	<i> phenylephrine hcl</i> .....	257
MAINTENANCE) .....	18	<i> pemetrexed</i> .....	90	PHENYLEPHRINE HCL	
PALFORZIA (300 MG TITRATION) .....	18	<i> pemetrexed disodium</i> .....	90	(PRESSORS) .....	292
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) .....	18	<i> pemetrexed ditromethamine</i> .....	90	PHENYTEK .....	52
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) .....	18	PEMFEXY .....	91	<i> phenytoin</i> .....	52
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) .....	18	PEMGARDA .....	266	<i> phenytoin infatabs</i> .....	52
PALFORZIA INITIAL ESCALATION .....	18	PEMRYDI RTU .....	91	<i> phenytoin sodium</i> .....	52
PALINGEN FLOW .....	160	PEN NEEDLES .....	224	<i> phenytoin sodium extended</i> .....	52
PALINGEN HYDROMEMBRANE .....	160	PEN NEEDLES 5/16" .....	224	PHESGO .....	101
PALINGEN INOVOFLO .....	160	PENBRAYA .....	287	PHEXXI .....	291
PALINGEN MEMBRANE .....	160	<i> penciclovir</i> .....	152	<i> philith</i> .....	138
PALINGEN XPLUS		<i> penicillamine</i> .....	233	<i> phillips milk of magnesia</i> .....	203
HYDROMEMBRANE .....	160	PENICILLIN G POT IN DEXTROSE .....	268	<i> phospho 250 neutral</i> .....	231
PALINGEN XPLUS MEMBRANE .....	160	<i> penicillin g potassium</i> .....	268	PHOSPHOLINE IODIDE .....	258
<i> paliperidone er</i> .....	113	<i> penicillin g sodium</i> .....	268	<i> phosphorous</i> .....	231
PALONOSETRON HCL .....	69	<i> penicillin v potassium</i> .....	268	<i> phospho-trin 250 neutral</i> .....	231
<i> palonosetron hcl</i> .....	69	PENNSAID .....	149	<i> phospho-trin k500</i> .....	231
PALYNZIQ .....	175	PENTACEL .....	282	PHOTOFRIN .....	102
PAMELOR .....	58	PENTAM .....	83	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS	
<i> pamidronate disodium</i> .....	169	<i> pentamidine isethionate</i> .....	83	KIT .....	261
PAMIDRONATE DISODIUM .....	169	PENTASA .....	182	PHOXILLUM B22K4/0 .....	233
PAMPERS EASY UPS 2T-3T .....	208	<i> pentazocine-naloxone hcl</i> .....	34	PHOXILLUM BK4/2.5 .....	233
PAMPERS EASY UPS 4T-5T .....	208	PENTIPS .....	224	<i> physiolyte</i> .....	235

<i>physiosol irrigation</i> .....	235	<i>posaconazole</i> .....	72	PRENA1 PEARL .....	247
<i>phytonadione</i> .....	293	POSFREA .....	69	PRENAISSANCE .....	248
PIASKY .....	190	POSIMIR .....	205	PRENAISSANCE PLUS .....	248
PIFELTRO .....	120	POTASSIUM ACETATE .....	232	PRENATAL .....	247
<i>pilocarpine hcl</i> .....	239, 258	POTASSIUM CHLORIDE .....	232	PRENATAL (W/IRON & FA) .....	247
<i>pimecrolimus</i> .....	157	<i>potassium chloride</i> .....	232	PRENATAL 19 .....	247
<i>pimozide</i> .....	275	<i>potassium chloride crys er</i> .....	232	<i>prenatal 19</i> .....	247
<i>pimtree</i> .....	135	<i>potassium chloride er</i> .....	232	PRENATAL COMPLETE .....	247
<i>pindolol</i> .....	125	POTASSIUM CHLORIDE IN NACL .....	230	PRENATAL FORTE .....	247
<i>pioglitazone hcl</i> .....	66	<i>potassium chloride in nacl</i> .....	230	PRENATAL MULTIVITAMIN +	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i> .....	66	<i>potassium citrate er</i> .....	185	DHA .....	248
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> .....	66	<i>potassium cl in dextrose 5%</i> .....	230	PRENATAL ONE DAILY .....	247
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP .....	165	POTASSIUM PHOSPHATES .....	231	PRENATAL PLUS .....	247
PIP LANCETS 28G .....	215	<i>potassium phosphates</i> .....	231	PRENATAL PLUS	
PIP LANCETS 30G .....	215	<i>potassium phosphates(66 meq k)</i> .....	231	VITAMIN/MINERAL .....	247
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i> .....	224	POTASSIUM PHOSPHATES(71		PRENATAL VITAMIN AND	
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i> .....	224	MEQ K) .....	231	MINERAL .....	247
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> .....	269	POTELIGEO .....	91	<i>prenatal vitamins</i> .....	247
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) .....	107	PRADAXA .....	46	PRENATAL VITAMINS .....	247
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) .....	107	PRALUENT .....	76	PRENATAL/IRON .....	247
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) .....	107	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	111	PRENATAL-U .....	247
<i>pirfenidone</i> .....	279	<i>pramipexole dihydrochloride er</i> .....	111	PRENATE .....	249
<i>piroxicam</i> .....	27	PRAMOSONE .....	159	PRENATE AM .....	249
<i>pitavastatin calcium</i> .....	76	PRAMOTIC .....	265	PRENATE DHA .....	248
PITOCIN .....	266	<i>prasugrel hcl</i> .....	193	PRENATE ELITE .....	247
PLAQUENIL .....	87	<i>pravastatin sodium</i> .....	76	PRENATE ENHANCE .....	248
PLASMA-LYTE A .....	230	PRAXBIND .....	68	PRENATE ESSENTIAL .....	249
PLAVIX .....	193	<i>praziquantel</i> .....	37	PRENATE MINI .....	249
PLEGRIDY .....	273	<i>prazosin hcl</i> .....	82	PRENATE PIXIE .....	249
PLEGRIDY STARTER PACK .....	273	PRECEDEX .....	200	PRENATE RESTORE .....	249
<i>plenamine</i> .....	255	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE .....	224	PRENATRIX .....	247
PLENVU .....	201	PRECISION XTRA BLOOD		PRENATRYL .....	247
<i>plerixafor</i> .....	194	GLUCOSE .....	165	PREPIDIL .....	265
PLIAGLIS .....	160	PRED FORTE .....	262	PRESTALIA .....	77
PLUVICTO .....	102	PRED MILD .....	262	PRETOMANID .....	88
PNEUMOVAX 23 .....	287	<i>prednisolone</i> .....	143	PREVACID .....	284
<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i> .....	246	<i>prednisolone acetate</i> .....	263	PREVACID SOLUTAB .....	284
PNV TABS 20-1 .....	246	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	143	<i>prevalite</i> .....	74
<i>pnv-dha</i> .....	248	PREDNISOLONE SODIUM		PREVDUO .....	67
PNV-DHA+DOCUSATE .....	248	PHOSPHATE .....	263	PREVENT DROPSAFE PEN	
PNV-OMEGA .....	246	<i>prednisone</i> .....	143	NEEDLES .....	224
<i>pnv-select</i> .....	246	PREDNISONE INTENSOL .....	143	PREVENT SAFETY PEN NEEDLES .....	224
POCKETCHEM EZ TEST .....	165	PREFERRED PLUS INSULIN		PREVIDENT .....	239
<i>podofilox</i> .....	157	SYRINGE .....	224	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS .....	238
POGO AUTOMATIC TEST		PREFERRED PLUS LANCETS		PREVIDENT 5000 DRY MOUTH .....	238
CARTRIDGES .....	165	COLORED .....	215	PREVIDENT 5000 ENAMEL	
POKONZA .....	232	PREFERRED PLUS LANCETS THIN		PROTECT .....	238
POLIVY .....	92	.....	215	PREVIDENT 5000 KIDS .....	239
<i>polocaine</i> .....	205	PREFERRED PLUS UNIFINE		PREVIDENT 5000 ORTHO	
<i>polocaine-mpf</i> .....	205	PENTIPS .....	224	DEFENSE .....	239
<i>polycin</i> .....	259	<i>pregabalin</i> .....	50	PREVIDENT 5000 PLUS .....	239
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	202	<i>pregabalin er</i> .....	275	PREVIDENT 5000 SENSITIVE .....	238
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	86	PREGEN DHA .....	248	PREVNAR 20 .....	287
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	259	PREGENNA .....	246	PREVYMIS .....	122
POLY-TUSSIN AC .....	146	PREGNYL .....	175	PREZCOBIX .....	118
POLY-VI-FLOR .....	245	PREHEVBRIO .....	289	PREZISTA .....	120
POLY-VI-FLOR/IRON .....	244	PREMARIN .....	179, 291	PRIFTIN .....	88
POMALYST .....	97	PREMASOL .....	255	PRIOSEC .....	284
POMBILITI .....	171	PREMESISRX .....	249	PRIMACARE .....	247
PONVORY .....	278	PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST		PRIMADOPHILUS KIDS .....	66
PONVORY STARTER PACK .....	278	.....	165	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	87
<i>portia-28</i> .....	138	PREMPHASE .....	178	PRIMAXIN IV .....	84
PORTRAZZA .....	96	PREMPRO .....	178	<i>primidone</i> .....	50



PRIORIX.....	288	PROPEL MINI SDS.....	253	<i>qc nicotine transdermal system</i> .....	277
PRISMASOL B22GK 4/0.....	233	<i>propofol</i> .....	184	QC PEN NEEDLES.....	224
PRISMASOL BGK 0/2.5.....	233	<i>propofol-lipuro</i> .....	184	QC PRENATAL.....	247
PRISMASOL BGK 2/0.....	234	<i>propranolol hcl</i> .....	125, 126	QC UNIFINE PENTIPS.....	224
PRISMASOL BGK 2/3.5.....	234	<i>propranolol hcl er</i> .....	125	QC UNILET LANCETS 28G.....	216
PRISMASOL BGK 4/0/1.2.....	234	<i>propylthiouracil</i> .....	281	QC UNILET LANCETS MICRO	
PRISMASOL BGK 4/2.5.....	234	PROQUAD.....	288	THIN.....	216
PRISMASOL BK 0/0/1.2.....	234	PRO-RED AC.....	146	QDOLO.....	33
PRISTIQ.....	56	PROSCAR.....	185	QELBREE.....	12
PRIVIGEN.....	267	PROSOL.....	255	QINLOCK.....	99
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE		PROSTIN VR.....	237	QNASL.....	253
.....	224	<i>protamine sulfate</i> .....	192	QNASL CHILDRENS.....	253
PRO COMFORT LANCETS 30G.....	215	PROTONIX.....	284	QSYMIA.....	14
PRO COMFORT LANCETS 31G.....	215	PROTOPAM CHLORIDE.....	68	QTERN.....	64
PRO COMFORT PEN NEEDLES.....	224	<i>protriptyline hcl</i> .....	58	QUADRACEL.....	282
<i>pro comfort safety lancets 30g</i> .....	215	PROVAYBLUE.....	68	QUALAQUIN.....	87
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE.....	165	PROVERA.....	269	<i>quazepam</i> .....	199
PROAIR RESPICLICK.....	42	PROVIDA OB.....	247	QUDEXY XR.....	50
<i>probenecid</i> .....	187	PROVIGIL.....	17	QUELICIN.....	254
<i>probioflexx</i> .....	66	PROVISC.....	263	QUESTRAN.....	74
<i>procainamide hcl</i> .....	39	PROZAC.....	55	QUESTRAN LIGHT.....	74
PROCARDIA XL.....	128	PRUDOXIN.....	150	<i>quetiapine fumarate</i> .....	114, 115
<i>procentra</i> .....	13	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i> .....	145	<i>quetiapine fumarate er</i> .....	114
<i>prochlorperazine</i> .....	116	PTS PANELS EGLU TEST.....	165	QUFLORA FE.....	242
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	116	PULMICORT.....	44	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	244
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	116	PULMICORT FLEXHALER.....	44	QUFLORA PEDIATRIC.....	245
PROCRIT.....	194	Pulmosal.....	145	QUICKTEK TEST.....	165
PROCTOCORT.....	36	PULMOZYME.....	279	QUILLICHEW ER.....	17
PROCTOFOAM HC.....	36	PURE COMFORT LANCETS 30G.....	215	QUILLIVANT XR.....	17
<i>procto-med hc</i> .....	36	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	224	<i>quin b strong b-25</i> .....	241
<i>proctosol hc</i> .....	36	<i>pure comfort safety pen needle</i> .....	224	<i>quinapril hcl</i> .....	78
<i>proctozone-hc</i> .....	36	PURIXAN.....	91	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	78
PROCYSBI.....	185	PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES.....	224	<i>quinidine gluconate er</i> .....	39
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	224	PX INSULIN SYRINGE.....	224	<i>quinidine sulfate</i> .....	39
PRODIGY LANCETS 28G.....	215	PX LANCETS MICROTHIN 33G.....	215	<i>quinine sulfate</i> .....	87
PRODIGY NO CODING BLOOD		PX LANCETS ULTRA THIN 28G.....	215	QUINTABS.....	244
GLUC.....	165	PX MINI PEN NEEDLES.....	224	QUINTET AC BLOOD GLUCOSE	
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G.....	215	PX PEN NEEDLE.....	224	TEST.....	165
PRODIGY TWIST TOP LANCETS		PYLERA.....	285	QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST.....	165
28G.....	215	<i>pyrazinamide</i> .....	88	QULIPTA.....	227
PROFILNINE.....	189	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	88	QUVIVIQ.....	200
<i>progesterone</i> .....	269	<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	88	QUZYTTR.....	73
PROGLYCEM.....	59	<i>pyrimethamine</i> .....	87	QVAR REDHALER.....	44
PROGRAF.....	236	PYRUKYND.....	192	<i>ra aspirin adult low dose</i> .....	29
PROLASTIN-C.....	278	PYRUKYND TAPER PACK.....	192	<i>ra aspirin adult low strength</i> .....	29
PROLATE.....	34	QBRELIS.....	78	<i>ra aspirin childrens</i> .....	29
PROLENSA.....	261	QBREXZA.....	158	<i>ra aspirin ec</i> .....	29
PROLEUKIN.....	102	<i>qc aspirin low dose</i> .....	29	<i>ra aspirin ec adult low st</i> .....	29
PROLIA.....	175	<i>qc b50 prolonged release</i> .....	241	<i>ra balanced b-100</i> .....	242
PROMACTA.....	196, 197	<i>qc b-complex/vitamin c</i> .....	240	<i>ra balanced b-100 cr</i> .....	242
<i>promethazine hcl</i> .....	73	<i>qc childrens aspirin</i> .....	29	<i>ra balanced b-50</i> .....	242
<i>promethazine vc</i> .....	145	<i>qc daily multivitamins/iron</i> .....	242	<i>ra balanced b-50 tr</i> .....	242
<i>promethazine-codeine</i> .....	145	<i>qc essentials</i> .....	244	<i>ra b-complex</i> .....	239
<i>promethazine-dm</i> .....	145	<i>qc folic acid</i> .....	195	<i>ra b-complex with b-12</i> .....	239
<i>promethazine-phenylephrine</i> .....	145	<i>qc gentle laxative</i> .....	203	RA E-ZJECT LANCETS 28G.....	216
<i>promethegan</i> .....	73	<i>qc gentle laxative womens</i> .....	203	RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G.....	216
PROMETRIUM.....	269	<i>qc glycerin</i> .....	202	RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G.....	216
<i>propafenone hcl</i> .....	39	QC LANCETS SUPER THIN 30G.....	215	RA E-ZJECT LANCETS ULTRA	
<i>propafenone hcl er</i> .....	39	QC LANCETS ULTRA THIN.....	216	THIN.....	216
<i>propracaine hcl</i> .....	260	<i>qc laxative</i> .....	203	<i>ra folic acid</i> .....	195
PROPECIA.....	161	<i>qc magnesium citrate</i> .....	203	RA INSULIN SYRINGE.....	224
PROPEL.....	253	<i>qc milk of magnesia</i> .....	203	<i>ra laxative</i> .....	202, 203
PROPEL MINI.....	253	<i>qc natura-lax</i> .....	202	<i>ra magnesium citrate</i> .....	203

<i>ra milk of magnesia</i> .....	203	RELEUKO .....	195	REXULTI .....	117
<i>ra mini nicotine</i> .....	277	RELEXXII .....	17	REYATAZ .....	120
<i>ra nicotine</i> .....	277	RELION BLOOD GLUCOSE TEST ..	165	REYVOW .....	229
<i>ra nicotine gum</i> .....	277	RELION CONFIRM/MICRO TEST ..	166	REZDIFFRA .....	181
<i>ra nicotine polacrilex</i> .....	277	RELION INSULIN SYRINGE .....	225	REZIPRES .....	292
RA PEN NEEDLES .....	224	RELION LANCETS MICRO-THIN		REZLIDHIA .....	104
RA PRENATAL .....	247	33G .....	216	REZUROCK .....	237
RA PRENATAL FORMULA .....	247	RELION LANCETS THIN 26G .....	216	REZVOGLAR KWIKPEN .....	63
<i>ra womens laxative</i> .....	204	RELION LANCETS ULTRA-THIN		REZZAYO .....	71
RABAVERT .....	289	30G .....	216	RHOFADE .....	159
RABEPRAZOLE SODIUM .....	284	RELION MINI PEN NEEDLES .....	225	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	
<i>rabeprazole sodium</i> .....	285	RELION PEN NEEDLES .....	225	.....	267
RADICAVA ORS .....	253	RELION PREMIER TEST .....	166	RHOPHYLAC .....	267
RADICAVA ORS STARTER KIT .....	253	RELION PRIME TEST .....	166	RHOPRESSA .....	261
RADIOGARDASE .....	68	RELION SHORT PEN NEEDLES .....	225	RIABNI .....	92
RAGWITEK .....	18	RELION TRUE METRIX TEST		RIASTAP .....	189
<i>raloxifene hcl</i> .....	176	STRIPS .....	166	<i>ribavirin</i> .....	122, 124
<i>ramelteon</i> .....	200	RELION ULTIMA TEST .....	166	RIDAURA .....	24
<i>ramipril</i> .....	78, 79	RELION ULTRA THIN LANCETS		<i>rifabutin</i> .....	88
<i>ranolazine er</i> .....	37	30G .....	216	RIFADIN .....	88
RAPAFLO .....	185	RELION ULTRA THIN PLUS		<i>rifampin</i> .....	88
RAPAMUNE .....	236	LANCETS .....	216	RIGHTEST GL300 LANCETS .....	216
RAPIVAB .....	123	RELISTOR .....	183	RIGHTEST GS100 BLOOD	
<i>rasagiline mesylate</i> .....	110	RELNATE DHA .....	247	GLUCOSE .....	166
RASUVO .....	20	RELPAK .....	228	RIGHTEST GS300 BLOOD	
RAVICTI .....	177	RELTONE .....	180	GLUCOSE .....	166
<i>raya sure pen needle</i> .....	224	RELYVRIO .....	253	RIGHTEST GS550 BLOOD	
RAYALDEE .....	173	REMERON .....	53	GLUCOSE .....	166
RAYOS .....	143	REMERON SOLTAB .....	53	RIGHTEST GT333 BLOOD	
<i>react</i> .....	139	REMESENSE .....	207	GLUCOSE .....	166
READYLANCE SAFETY LANCETS	216	REMICADE .....	184	RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST	166
REALITY INSULIN SYRINGE .....	225	<i>remifentanyl hcl</i> .....	33	<i>riluzole</i> .....	253
REALITY LANCETS .....	216	REMODULIN .....	131	<i>rimantadine hcl</i> .....	123
REALITY LATEX CONDOMS .....	207	RENACIDIN .....	186	RIMSO-50 .....	186
REALITY LATEX/ULTRA		<i>renal vitamin</i> .....	240	<i>ringers</i> .....	230
TEXTURED .....	207	<i>rena-vite</i> .....	240	<i>ringers irrigation</i> .....	235
REALITY LATEX/ULTRA THIN .....	207	RENFLEXIS .....	184	RINVOQ .....	20
REALITY TRIGGER LANCETS .....	216	RENOVA .....	148	RINVOQ LQ .....	20
REBIF .....	273	RENOVA PUMP .....	148	RIOMET .....	58
REBIF REBIDOSE .....	273	REVELA .....	183	<i>risanoid plus</i> .....	250
REBIF REBIDOSE TITRATION		<i>repaglinide</i> .....	64	<i>risedronate sodium</i> .....	169
PACK .....	273	REPATHA .....	77	RISPERDAL .....	113
REBIF TITRATION PACK .....	273	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM ..	77	RISPERDAL CONSTA .....	113
REBINYN .....	189	REPATHA SURECLICK .....	77	<i>risperidone</i> .....	113
REBLOZYL .....	194	RESTASIS .....	260	<i>risperidone microspheres er</i> .....	113
REBYOTA .....	183	RESTASIS MULTIDOSE .....	260	RITALIN .....	17
RECARBRIO .....	84	RESTORIL .....	199	RITALIN LA .....	17
RECLAST .....	169	RETACRIT .....	194	<i>ritonavir</i> .....	120
<i>reclipsen</i> .....	138	RETEVMO .....	99, 100	RITUXAN .....	92
RECOMBINATE .....	189	RETHYMIC .....	233	RITUXAN HYCELA .....	101
RECOMBIVAX HB .....	289, 290	RETIN-A .....	147	<i>rivastigmine</i> .....	271
RECORLEV .....	170	RETIN-A MICRO .....	147	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	271
RECOTHROM .....	198	RETIN-A MICRO PUMP .....	147	<i>rivelsa</i> .....	140
RECOTHROM SPRAY KIT .....	198	RETISERT .....	263	RIVFLOZA .....	186
RECTIV .....	36	RETROVIR .....	121	RIXUBIS .....	189
REFRESH P.M. .....	256	REVATIO .....	132	<i>rizatriptan benzoate</i> .....	228
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE		REVCОВI .....	169	ROBAXIN .....	250
TEST .....	165	REVLIMID .....	235	ROBINUL .....	285
REGLAN .....	181	<i>revonto</i> .....	251	ROBINUL-FORTE .....	285
REGONOL .....	88	REXALL BLOOD GLUCOSE TEST ..	166	ROCALTROL .....	173
REGANEX .....	161	REXALL LANCETS ULTRA THIN		ROCKLATAN .....	260
RELAFEN DS .....	27	30G .....	216	<i>rocuronium bromide</i> .....	254
RELENZA DISKHALER .....	123	REXTOVY .....	68	<i>roflumilast</i> .....	43



ROLVEDON.....	195	<i>saw palmetto berries</i> .....	19	<i>silodosin</i> .....	185
<i>romidepsin</i> .....	97	<i>saxagliptin hcl</i> .....	59	SILVADENE.....	152
<i>ropinirole hcl</i> .....	111	<i>saxagliptin-metformin er</i> .....	59, 60	<i>silver sulfadiazine</i> .....	152
<i>ropinirole hcl er</i> .....	111	SAXENDA .....	14	SIMBRINZA.....	256
<i>ropivacaine hcl</i> .....	205	<i>sb bisacodyl laxative ec</i> .....	204	SIMLANDI (1 PEN).....	23
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	76	<i>sb childrens aspirin</i> .....	29	SIMLANDI (2 PEN).....	23
ROTARIX .....	290	<i>sb gentle lax-women</i> .....	204	<i>simliya</i> .....	135
ROTATEQ.....	290	SB INSULIN SYRINGE.....	225	<i>simpesse</i> .....	140
ROWASA.....	182	SB LANCETS THIN .....	216	SIMPONI.....	23
<i>roweepira</i> .....	50	SB LANCETS ULTRA THIN .....	216	SIMPONI ARIA .....	23
ROXICODONE.....	33	<i>sb low dose asa ec</i> .....	29	SIMULECT .....	236
ROXYBOND.....	33	<i>sb magnesium citrate</i> .....	203	<i>simvastatin</i> .....	76
ROZEREM.....	200	<i>sb milk of magnesia</i> .....	203	SINEMET .....	111
ROZLYTREK .....	100	<i>sb polyethylene glycol 3350</i> .....	202	SINGLE-LET .....	216
RUBRACA.....	107	SCEMBLIX .....	94	SINGULAIR.....	43
RUCONEST.....	190	SCENESSE.....	158	<i>sirolimus</i> .....	236
<i>rufinamide</i> .....	50	<i>scopolamine</i> .....	70	SIRTURO.....	88
RUKOBIA.....	119	SECUADO.....	114	<i>sitagliptin</i> .....	59
RUXIENCE.....	92	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	225	<i>sitagliptin base-metformin hcl</i> .....	60
RYALTRIS.....	252	SECURESAFE SAFETY PEN		SITAVIG.....	123
RYANODEX.....	251	NEEDLES .....	225	SIVEXTRO.....	86
RYBELSUS.....	64	SEGLENTIS .....	35	SKYCLARYS .....	254
RYBREVANT.....	99	SEGLUROMET .....	65	SKYLA .....	141
<i>ryclora</i> .....	72	SELECT-OB .....	247	SKYRIZI .....	150, 182
RYDAPT.....	99	SELECT-OB+DHA.....	249	SKYRIZI PEN.....	150
RYDEX.....	146	<i>selegiline hcl</i> .....	110	SKYTROFA.....	172
RYKINDO.....	113	SELENIUM ACID .....	232	SLYND .....	141
RYLAZE.....	102	<i>selenium sulfide</i> .....	152	<i>sm aspirin adult low strength</i> .....	29
RYPLAZIM.....	192	SELZENTRY .....	119	<i>sm aspirin ec low strength</i> .....	29
RYSTIGGO.....	236	SEMGLEE (YFGN).....	63	<i>sm aspirin low dose</i> .....	29
RYTARY.....	111	SE-NATAL 19.....	247	<i>sm b super vitamin complex</i> .....	240
RYTELO.....	107	SENSIPAR .....	169	<i>sm b100 complex</i> .....	242
RYVENT.....	73	<i>sensorcaine</i> .....	205	<i>sm balanced b-100</i> .....	241
SABRIL.....	52	<i>sensorcaine/epinephrine</i> .....	204	<i>sm balanced b-50</i> .....	241
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE		<i>sensorcaine-mpf</i> .....	205	<i>sm b-complex</i> .....	242
ACT.....	216	<i>sensorcaine-mpf/epinephrine</i> .....	204	SM B-COMPLEX/VITAMIN C.....	240
SAFETY LANCETS .....	216	SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE		<i>sm childrens aspirin</i> .....	30
SAFETY LANCETS 21G.....	216	.....	204	<i>sm clearlax</i> .....	202
SAFETY LANCETS 23G.....	216	SEREVENT DISKUS .....	42	<i>sm folic acid</i> .....	195
SAFETY LANCETS 28G.....	216	SERNIVO.....	155	<i>sm gentle laxative</i> .....	204
<i>safety pen needles</i> .....	225	SEROQUEL.....	115	SM LANCETS 33G.....	216
SAFYRAL.....	138	SEROQUEL XR.....	115	<i>sm milk of magnesia</i> .....	203
SAIZEN.....	172	SEROSTIM.....	172	<i>sm multiple vitamins essential</i> .....	244
<i>sajazir</i> .....	190	SERTRALINE HCL.....	55	<i>sm multiple vitamins/iron</i> .....	242
SALAGEN.....	239	<i>sertraline hcl</i> .....	55	<i>sm nicotine</i> .....	277
SAMSCA.....	176	<i>setlakin</i> .....	140	<i>sm nicotine polacrilex</i> .....	277
SANCUSO.....	69	<i>sevelamer carbonate</i> .....	183	SM ONE DAILY PRENATAL .....	247
SANDIMMUNE.....	234	<i>sevelamer hcl</i> .....	183	SM PRENATAL VITAMINS.....	247
SANDOSTATIN.....	176	SEVENFACT.....	189	<i>sm super b complex/c</i> .....	240
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	176	<i>sevoflurane</i> .....	185	<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i> .....	240
SANTYL.....	156	SEYSARA.....	281	SMART SENSE COLOR LANCETS	
SAPHNELO.....	237	SEZABY.....	199	33G.....	216
SAPHRIS.....	114	<i>sf</i> .....	239	SMART SENSE PREMIUM TEST.....	166
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	175	<i>sf 5000 plus</i> .....	239	SMART SENSE STANDARD	
<i>saps health plus lancets</i> .....	216	SFROWASA.....	182	LANCETS.....	216
SAPS HEALTH TWIST TOP		<i>sharobel</i> .....	141	SMART SENSE SUPER THIN	
LANCETS.....	216	SHINGRIX.....	290	LANCETS.....	216
SAPS TWIST TOP LANCETS.....	216	SIGNIFOR.....	176	SMART SENSE THIN LANCETS	
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS.....	216	SIGNIFOR LAR.....	176	26G.....	216
SARCLISA.....	92	SIKLOS.....	194	SMART SENSE VALUE TEST.....	166
SAVAYSA.....	45	<i>sildenafil citrate</i> .....	132	SMARTEST BLOOD GLUCOSE	
SAVELLA.....	271	SILENOR.....	199	TEST.....	166
SAVELLA TITRATION PACK.....	271	SILIQ.....	150	SMARTEST LANCETS 28G.....	216

SMOFLIPID .....	256	<i>spironolactone-hctz</i> .....	167	<i>sumatriptan-naproxen sodium</i> .....	228
<i>smooth lax</i> .....	202	SPORANOX .....	72	<i>sunitinib malate</i> .....	99
SOAANZ .....	168	SPRAVATO (56 MG DOSE) .....	54	SUNLENCA .....	119
<i>sod benz-sod phenylacet</i> .....	177	SPRAVATO (84 MG DOSE) .....	54	SUNOSI .....	15
SODIUM ACETATE .....	229	<i>sprintec 28</i> .....	138	SUPARTZ FX .....	252
<i>sodium acetate</i> .....	229	SPRITAM .....	50	<i>super b complex/fa/vit c</i> .....	240
<i>sodium bicarbonate</i> .....	229	SPRIX .....	27	<i>super b complex/vitamin c</i> .....	240
<i>sodium chloride</i> .....	145, 186, 232	SPRYCEL .....	94	<i>super b-complex</i> .....	242
<i>sodium chloride (pf)</i> .....	232	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> .....	237	<i>super b-complex + vitamin c</i> .....	240
<i>sodium chloride flush</i> .....	232	<i>sronyx</i> .....	138	<i>super b-complex/vit c/fa</i> .....	240
<i>sodium fluoride</i> .....	231, 239	<i>ssd</i> .....	152	<i>super dec b-100</i> .....	242
<i>sodium fluoride 5000 enamel</i> .....	238	<i>st joseph aspirin</i> .....	30	<i>super quints b-50</i> .....	242
<i>sodium fluoride 5000 plus</i> .....	239	<i>st joseph low dose</i> .....	30	SUPER THIN LANCETS .....	217
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i> .....	239	STAMARIL .....	290	SUPPRELIN LA .....	173
<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i> .....	238	STEGLATRO .....	65	SUPRANE .....	185
SODIUM IODIDE I-131 .....	281	STEGLUJAN .....	64	SUPREME TEST .....	166
SODIUM NITRITE .....	68	STELARA .....	151, 182	SUPREP BOWEL PREP KIT .....	201
<i>sodium nitroprusside</i> .....	83	STENDRA .....	132	SURE COMFORT INSULIN	
<i>sodium oxybate</i> .....	270	STERILANCE TL .....	217	SYRINGE .....	225
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	177	<i>sterile water for irrigation</i> .....	235	SURE COMFORT LANCETS 18G .....	217
<i>sodium phosphates</i> .....	231	STIMUFEND .....	195	SURE COMFORT LANCETS 21G .....	217
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	237	STIOLTO RESPIMAT .....	40	SURE COMFORT LANCETS 23G .....	217
<i>sodium tetradecyl sulfate</i> .....	237	STIVARGA .....	99	SURE COMFORT LANCETS 28G .....	217
SODIUM THIOSULFATE .....	68	STRATTERA .....	12	SURE COMFORT LANCETS 30G .....	217
SOFDRA .....	158	STRAVIX .....	160	SURE COMFORT PEN NEEDLES ...	225
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR .....	122	STRENSIQ .....	173	<i>sure comfort pen needles</i> .....	225
SOGROYA .....	172	<i>streptomycin sulfate</i> .....	19	<i>surebiotic probiotic support</i> .....	67
SOHONOS .....	251	<i>stress b complex/iron</i> .....	242	SURELITE LANCETS .....	217
SOLESTA .....	234	<i>stress formula</i> .....	244	SURGICEL FIBRILLAR .....	198
<i>solifenacin succinate</i> .....	286	<i>stress formula (folic acid)</i> .....	240	SURGICEL NU-KNIT .....	198
SOLIQUA .....	64	<i>stress formula/iron</i> .....	242	SURGICEL SNOW 1"X2" .....	198
SOLIRIS .....	190	<i>stress formula/zinc/energy</i> .....	244	SURGICEL SNOW 2"X4" .....	198
SOLOSEC .....	19	<i>stresstabs energy</i> .....	244	SURGICEL SNOW 4"X4" .....	198
SOLTAMOX .....	90	STRIBILD .....	118	SUSTOL .....	69
SOLU-CORTEF .....	143	STRIVERDI RESPIMAT .....	42	SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) .....	264
SOLU-MEDROL .....	143	STROMECTOL .....	37	SUSVIMO (IMPLANT REFILL) .....	265
SOLU-MEDROL (PF) .....	143	STRONTIUM CHLORIDE SR-89 .....	102	SUTAB .....	201
SOLUS V2 LANCETS 28G .....	216	SUBLOCADE .....	34	SUTENT .....	99
SOLUS V2 TEST .....	166	SUBOXONE .....	34	<i>syeda</i> .....	138
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G .....	217	<i>subvenite</i> .....	50	SYFOVRE .....	259
SOMA .....	251	<i>subvenite starter kit-blue</i> .....	50	SYLVANT .....	235
SOMATULINE DEPOT .....	176	<i>subvenite starter kit-green</i> .....	50	SYMBICORT .....	40
SOMAVERT .....	171	<i>subvenite starter kit-orange</i> .....	50	SYMBYAX .....	278
SOOLANTRA .....	159	SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE .....	254	SYMDEKO .....	279
<i>sorafenib tosylate</i> .....	99	SUCRAID .....	167	SYMFI .....	118
SORBITOL .....	186	<i>sucralfate</i> .....	283	SYMFI LO .....	118
SORBITOL-MANNITOL .....	186	SUFENTANIL CITRATE .....	33	SYMLINPEN 120 .....	58
SORILUX .....	151	SUFLAVE .....	201	SYMLINPEN 60 .....	58
SOTALOL HCL .....	126	<i>sugammadex sodium</i> .....	68	SYMPAZAN .....	47
<i>sotalol hcl</i> .....	126	SULAR .....	128	SYMPROIC .....	183
<i>sotalol hcl (af)</i> .....	126	<i>sulconazole nitrate</i> .....	156	SYMPTUZA .....	118
SOTRADECOL .....	237	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	263	SYNAGIS .....	266
<i>sotradecol</i> .....	237	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	146	SYNALAR .....	155
SOTYKTU .....	150	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	262	SYNAREL .....	174
SOTYLIZE .....	126	<i>sulfadiazine</i> .....	280	SYNDROS .....	70
SOVALDI .....	122, 123	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	84	SYNJARDY .....	65
SOVUNA .....	87	SULFAMYLON .....	152	SYNJARDY XR .....	65
SPEVIGO .....	150, 151	<i>sulfasalazine</i> .....	182	SYNOJOYNT .....	252
SPIKEVAX .....	290	<i>sulfatrim pediatric</i> .....	84	SYNTHROID .....	281
<i>spinosad</i> .....	159	<i>sulindac</i> .....	27	SYNVISC .....	252
SPIRIVA HANDIHALER .....	42	<i>sumatriptan</i> .....	229	SYNVISC ONE .....	252
SPIRIVA RESPIMAT .....	42	<i>sumatriptan succinate</i> .....	229	SYPRINE .....	233
<i>spironolactone</i> .....	168	<i>sumatriptan succinate refill</i> .....	229	SYRINGE AVITENE .....	198

<i>tab-a-vite</i> .....	244	TEFLARO.....	135	THIOLA.....	186
<i>tab-a-vite/beta carotene</i> .....	244	TEGLUTIK.....	253	THIOLA EC.....	186
<i>tab-a-vite/iron</i> .....	242	TEGRETOL.....	50	<i>thioridazine hcl</i> .....	116
TAB-A-VITE/IRON/BETA		TEGRETOL-XR.....	51	<i>thiotepa</i> .....	89
CAROTENE.....	242	TEGSEDI.....	270	<i>thiothixene</i> .....	117
TABLOID.....	91	TEKTURNA.....	83	<i>thrive</i> .....	277
TABRECTA.....	98	<i>telmisartan</i> .....	81	THRIVITE RX.....	248
TACHOSIL.....	198	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	79	THROMBATE III.....	192
TACLONEX.....	161	<i>telmisartan-hctz</i> .....	80	THROMBI-GEL 10.....	197
<i>tacrolimus</i> .....	157, 236	<i>temazepam</i> .....	199	THROMBI-GEL 100.....	197
<i>tadalafil</i> .....	132	TEMBEXA.....	123	THROMBI-GEL 40.....	197
<i>tadalafil (pah)</i> .....	132	TEMODAR.....	104	THROMBIN-JMI.....	198
TADLIQ.....	132	<i>temozolomide</i> .....	104	THROMBIN-JMI EPISTAXIS.....	198
TAFINLAR.....	95	<i>temsirolimus</i> .....	98	THROMBI-PAD.....	197
<i>tafluprost (pf)</i> .....	264	<i>tencon</i> .....	28	THROMBOGEN.....	198
TAGRISO.....	96	TENIVAC.....	282	THYMOGLOBULIN.....	234
<i>take action</i> .....	139	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	121	THYQUIDITY.....	281
TAKHZYRO.....	191	TENORETIC 100.....	82	<i>thyroid</i> .....	281
TALICIA.....	285	TENORETIC 50.....	82	<i>tiadylt er</i> .....	128
TALTZ.....	151	TENORMIN.....	125	<i>tiagabine hcl</i> .....	52
TALVEY.....	95	TEPADINA.....	89	TIAZAC.....	128, 129
TALZENNA.....	107	TEPEZZA.....	173	TIBSOVO.....	104
TAMIFLU.....	123	TEPMETKO.....	98	TICE BCG.....	102
<i>tamoxifen citrate</i> .....	90	<i>terazosin hcl</i> .....	82	TICOVAC.....	290
<i>tamsulosin hcl</i> .....	185	<i>terbinafine hcl</i> .....	71	TIGAN.....	70
TANLOR.....	251	<i>terbutaline sulfate</i> .....	42	TIGECYCLINE.....	280
<i>taperdex 12-day</i> .....	143	<i>terconazole</i> .....	290	TIKOSYN.....	39
<i>taperdex 6-day</i> .....	144	<i>teriflunomide</i> .....	272	<i>tilia fe</i> .....	141
<i>taperdex 7-day</i> .....	144	<i>teriparatide</i> .....	175	<i>timolol maleate</i> .....	126, 257
TARCEVA.....	96	TERIPARATIDE.....	175	<i>timolol maleate (once-daily)</i> .....	257
<i>targadox</i> .....	281	TERLIVAZ.....	177	<i>timolol maleate ocudose</i> .....	257
TARGRETIN.....	108, 160	<i>terrell</i> .....	185	<i>timolol maleate pf</i> .....	257
<i>tarina 24 fe</i> .....	138	TESTIM.....	35	TIMOPTIC OCUDOSE.....	257
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	138	TESTOPEL.....	35	<i>tinidazole</i> .....	83
TARON-C DHA.....	247	<i>testosterone</i> .....	35	<i>tiopronin</i> .....	187
TARPEYO.....	144	<i>testosterone cypionate</i> .....	35	<i>tiotropium bromide monohydrate</i> .....	42
TASCENSO ODT.....	278	<i>testosterone enanthate</i> .....	35	<i>tirofiban hcl in nacl</i> .....	191
TASIGNA.....	94	TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS		TIROSINT.....	281
<i>tasimelteon</i> .....	200	TD.....	282	TIROSINT-SOL.....	282
TASMAR.....	110	<i>tetrabenazine</i> .....	272	TISSEEL.....	197
<i>tavorole</i> .....	158	<i>tetracaine hcl</i> .....	260	TISSUEBLUE.....	263
TAVALISSE.....	193	<i>tetracycline hcl</i> .....	281	<i>tis-u-sol</i> .....	235
TAVNEOS.....	190	TEVIMBRA.....	93	TIVDAK.....	94
<i>taysofy</i> .....	138	TEXACORT.....	155	TIVICAY.....	119
TAYTULLA.....	138	TEZSPIRE.....	44	TIVICAY PD.....	119
TAZAROTENE.....	147	TGT BLOOD GLUCOSE TEST.....	166	<i>tizanidine hcl</i> .....	251
<i>tazarotene</i> .....	151	TGT LANCET MICRO THIN 33G.....	217	TLANDO.....	35
<i>tazicef</i> .....	134, 135	TGT LANCET THIN 26G.....	217	<i>tm-daily vite</i> .....	244
TAZICEF.....	135	TGT LANCET ULTRA THIN 30G.....	217	TNKASE.....	193
TAZORAC.....	151	THALITONE.....	168	TOBI.....	19
TAZVERIK.....	98	THALOMID.....	233	TOBI PODHALER.....	19
TDVAX.....	282	THAM.....	229	TOBRADEX.....	262
TECENTRIQ.....	93	THE LIQUILIFT TRACE.....	232	TOBRADEX ST.....	262
TECENTRIQ HYBREZA.....	101	THEO-24.....	44	<i>tobramycin</i> .....	19, 259
TECFIDERA.....	274	<i>theophylline</i> .....	44	<i>tobramycin sulfate</i> .....	19, 20
TECHLITE AST LANCETS.....	217	<i>theophylline er</i> .....	44	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	262
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	225	ThERA.....	244	TOBEX.....	259
TECHLITE LANCETS.....	217	<i>thera-tabs</i> .....	244	TODAY SPONGE.....	290
TECHLITE LANCETS 26G.....	217	THERATEARS STERILID		TODAYS HEALTH PEN NEEDLES.....	225
TECHLITE PEN NEEDLES.....	225	CLEANSER.....	156	TODAYS HEALTH SHORT PEN	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	225	<i>thera-vite max-m</i> .....	243	NEEDLE.....	225
TECNU RASH RELIEF.....	149	THEREMS.....	244	TODAYS HEALTH THIN LANCETS	
TECVAYLI.....	95	<i>thiamine hcl</i> .....	293	28G.....	217

TODAYS HEALTH THIN LANCETS	TREMFYA	151	<i>tropicamide</i>	257
30G	<i>treprostinil</i>	131	<i>trospium chloride</i>	286
TOFIDENCE	TRESIBA	63	<i>trospium chloride er</i>	286
TOLAK	TRESIBA FLEXTOUCH	63	TRUDHESA	228
<i>tolcapone</i>	<i>tretinoin</i>	108, 147, 148	<i>true comfort insulin syringe</i>	225
TOLECTIN 600	<i>tretinoin microsphere</i>	148	TRUE COMFORT INSULIN	
<i>tolmetin sodium</i>	<i>tretinoin microsphere pump</i>	148	SYRINGE	225
TOLSURA	TRETEN	189	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	225
<i>tolterodine tartrate</i>	TREXALL	91	TRUE COMFORT PRO INSULIN	
<i>tolterodine tartrate er</i>	TREXIMET	228	SYR	225
<i>tolvaptan</i>	<i>trezix</i>	30	TRUE COMFORT PRO PEN	
TOPAMAX	<i>triamcinolone acetonide</i>	155, 239	NEEDLES	225
TOPAMAX SPRINKLE	<i>triamcinolone in absorbase</i>	155	<i>true comfort safety lancets</i>	217
TOPCARE CLICKFINE PEN	<i>triamterene</i>	168	TRUE COMFORT TWIST TOP	
NEEDLES	<i>triamterene-hctz</i>	167	LANCETS	217
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN	<i>triazolam</i>	199	<i>true cover</i>	207
33G	TRIBENZOR	81	<i>true daily vite</i>	244
TOPCARE ULTRA COMFORT INS	TRICARE	248	TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE	
SYR	TRICOR	75	STRIP	166
TOPICORT	Tridacaine Ii	157	<i>true folic acid</i>	195
TOPICORT SPRAY	Tridacaine Iii	157	<i>true laxative</i>	202
<i>topiramate</i>	<i>triderm</i>	155	TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE	
<i>topiramate er</i>	<i>trientine hcl</i>	233	TEST	166
TOPOTECAN HCL	TRIESENCE	263	<i>true multivitamin</i>	244
<i>topotecan hcl</i>	<i>tri-estarylla</i>	141	<i>true vitamin d3</i>	293
TOPROL XL	<i>trifluoperazine hcl</i>	116	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN	
<i>toremifene citrate</i>	<i>trifluridine</i>	259	NEEDLES	225
TORISEL	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	110	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	225
Torpenz	TRIJARDY XR	64	TRUEPLUS LANCETS 26G	217
<i>torse mide</i>	TRIKAFTA	279	TRUEPLUS LANCETS 28G	217
TOSYMRA	<i>tri-legest fe</i>	141	TRUEPLUS LANCETS 30G	217
TOTALVISC	TRILEPTAL	51	TRUEPLUS LANCETS 33G	217
TOUJEO MAX SOLOSTAR	<i>tri-linyah</i>	141	TRUEPLUS PEN NEEDLES	226
TOUJEO SOLOSTAR	TRILIPIX	75	TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G	
<i>tovet</i>	<i>tri-lo-estarylla</i>	141		217
TOVIAZ	<i>tri-lo-marzia</i>	141	TRUETEST TEST	166
TPN ELECTROLYTES	<i>tri-lo-mili</i>	142	TRUETRACK TEST	166
TPOXX	<i>tri-lo-sprintec</i>	142	TRULANCE	180
TRACLEER	TRI-LUMA	156	TRULICITY	64
TRADJENTA	TRILURON	252	TRUMENBA	287
TRALEMENT	<i>trimethobenzamide hcl</i>	70	TRUQAP	91
TRAMADOL HCL	TRIMETHOPRIM	83	TRUSKIN	160
<i>tramadol hcl</i>	<i>tri-mili</i>	142	TRUSTEX COLOR CONDOMS +	
<i>tramadol hcl (er biphasic)</i>	<i>trimipramine maleate</i>	58	LUBE	207
<i>tramadol hcl er</i>	TRINATAL RX 1	248	TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	207
<i>tramadol-acetaminophen</i>	<i>trinate</i>	248	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX	
<i>trandolapril</i>	TRINTELLIX	55	ST	207
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	TRIPTODUR	174	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	207
<i>tranexamic acid</i>	TRISENOX	102	TRUSTEX LUBRICATED	207
TRANEXAMIC ACID-NACL	<i>tri-sprintec</i>	142	TRUSTEX LUBRICATED EX	
TRANSDERM-SCOP	TRISTART DHA	249	LARGE	207
<i>tranlycypromine sulfate</i>	TRIUMEQ	118	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
TRAVASOL	TRIUMEQ PD	118	ST	207
TRAVATAN Z	TRI-VI-FLOR	245	TRUSTEX	
TRAVEL LANCETS ADVANCED	TRI-VI-FLORO	245	LUBRICATED/SPERMICIDE	207
28G	<i>tri-vite/fluoride</i>	245	TRUSTEX NATURAL CONDOMS +	
<i>travoprost (bak free)</i>	<i>trivora (28)</i>	142	LUBE	207
TRAZIMERA	<i>tri-vylibra</i>	142	TRUSTEX NON-LUBRICATED	207
<i>trazodone hcl</i>	<i>tri-vylibra lo</i>	142	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	207
TREANDA	TRODELVY	108	TRUSTEX RIA LUBRICATED	207
TRECATOR	TROGARZO	119	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	207
TRELEGY ELLIPTA	TROKENDI XR	51	TRUSTEX-NONOXYNOL-	
TRELSTAR MIXJECT	TROPHAMINE	255	9/RIB/STUD	207



TRUVADA.....	119	ULTRA THIN LANCETS 31G.....	217	UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G	
TRUXIMA.....	92	ULTRA THIN PEN NEEDLES.....	226	.....	218
TRYVIO.....	83	ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	226	UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA	
TUDORZA PRESSAIR.....	42	ULTRA-CARE LANCETS 30G.....	217	THIN.....	218
TUKYSA.....	93	ULTRACARE PEN NEEDLES.....	226	UPLIZNA.....	236
TURALIO.....	99	ULTRAFOAM SPONGE		UPNEEQ.....	264
TURPENTINE.....	157	2X6.25X7CM.....	198	UPTRAVI.....	132
Turqoz.....	138	ULTRAFOAM SPONGE		UPTRAVI TITRATION.....	132
TUSNEL C.....	144	8X12.5X1CM.....	198	UROCIT-K 10.....	185
TUXARIN ER.....	145	ULTRAFOAM SPONGE		UROCIT-K 15.....	185
TWINRIX.....	288	8X12.5X3CM.....	198	UROXATRAL.....	185
TWIRLA.....	139	ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM.....	198	URSO FORTE.....	180
<i>twist top lancets 30g</i> .....	217	ULTRAFOAM SPONGE		URSODIOL.....	180
TWYNEO.....	147	8X6.25X1CM.....	198	<i>ursodiol</i> .....	180
TYBLUME.....	138	ULTRA-THIN II AUTO LANCET.....	217	UVADEX.....	102
TYBOST.....	121	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT.....	226	UZEDY.....	113
<i>tydemy</i> .....	138	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE		VABOMERE.....	84
TYENNE.....	24	.....	226	VABYSMO.....	258
TYGACIL.....	280	ULTRA-THIN II LANCETS.....	217	VAFSEO.....	196
TYKERB.....	99	ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE		VAGIFEM.....	291
TYMLOS.....	175	.....	226	<i>valacyclovir hcl</i> .....	123
TYPHIM VI.....	287	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE		VALCHLOR.....	149
TYRVAYA.....	257	SHORT.....	226	VALCYTE.....	122
TYSABRI.....	273	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES.....	226	<i>valganciclovir hcl</i> .....	122
TYVASO.....	131	ULTRAVATE.....	155	VALIUM.....	38
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT.....	131	UNASYN.....	269	<i>valproate sodium</i> .....	53
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT.....	131	UNDECATREX.....	35	<i>valproic acid</i> .....	53
TYVASO DPI TITRATION KIT.....	131	UNIFINE PENTIPS.....	226	<i>valrubicin</i> .....	101
TYVASO REFILL KIT.....	131	UNIFINE PENTIPS PLUS.....	226	VALSARTAN.....	81
TYVASO STARTER KIT.....	131	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	226	<i>valsartan</i> .....	81
TZIELD.....	58	UNIFINE SAFECONTROL PEN		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .....	80
UBRELVY.....	227	NEEDLE.....	226	VALSTAR.....	101
UCERIS.....	36, 144	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	226	VALTOCO 10 MG DOSE.....	47
UDENYCA.....	195	UNILET COMFORTOUCH LANCET		VALTOCO 15 MG DOSE.....	47
UDENYCA ONBODY.....	195	.....	217	VALTOCO 20 MG DOSE.....	47
ULORIC.....	187	UNILET EXCELITE.....	218	VALTOCO 5 MG DOSE.....	47
ULTANE.....	185	UNILET EXCELITE II.....	218	VALTRESX.....	123
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR.....	226	UNILET G.P. LANCET.....	218	VALUE HEALTH INSULIN	
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT.....	226	UNILET G.P. SUPERLITE LANCET.....	218	SYRINGE.....	226
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	226	UNILET GP 28 ULTRA THIN.....	218	VALUE PLUS LANCET	
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES.....	226	UNILET LANCET.....	218	STANDARD 21G.....	218
ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	226	UNILET MICRO-THIN 33G.....	218	VALUE PLUS LANCETS SUPER	
ULTICARE PEN NEEDLES.....	226	UNILET SUPERLITE LANCET.....	218	THIN.....	218
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES.....	226	UNILET SUPER-THIN 30G.....	218	VALUE PLUS LANCETS THIN 26G.....	218
ULTIGUARD SAFEPACK PEN		UNILET ULTRA-THIN 28G.....	218	VANOCIN.....	85
NEEDLE.....	226	UNISTIK 3 GENTLE.....	218	VANCOMYCIN HCL.....	85
ULTIGUARD SAFEPACK		UNISTIK PRO SAFETY LANCET.....	218	<i>vancomycin hcl</i> .....	85
SYR/NEEDLE.....	226	UNISTIK SAFETY LANCETS 28G.....	218	<i>vancomycin hcl in dextrose</i> .....	85
ULTILET CLASSIC LANCETS.....	217	UNISTIK SAFETY LANCETS 30G.....	218	VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE.....	85
ULTILET LANCETS.....	217	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VANCOMYCIN HCL IN NACL.....	85
ULTILET PEN NEEDLE.....	226	21G.....	218	VANDAZOLE.....	291
ULTILET SAFETY LANCETS.....	217	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VANFLYTA.....	99
ULTILET SAFETY LANCETS 23G.....	217	23G.....	218	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	
ULTIVA.....	33	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		.....	226, 227
ULTOMIRIS.....	190	28G.....	218	VANOS.....	155
<i>ultra b-100 complex</i> .....	250	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VAQTA.....	290
ULTRA COMFORT INSULIN		30G.....	218	<i>vardenafil hcl</i> .....	132
SYRINGE.....	226	UNISTRIP1 GENERIC.....	166	<i>varenicline tartrate</i> .....	277
ULTRA FLO INSULIN PEN		<i>unithroid</i> .....	282	<i>varenicline tartrate (starter)</i> .....	277
NEEDLES.....	226	UNITUXIN.....	93	<i>varenicline tartrate(continue)</i> .....	277
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2		UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G		VARITHENA.....	237
UNIT.....	226	.....	218	VARIVAX.....	290
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	226			VARIZIG.....	267



VARUBI (180 MG DOSE).....	70	VERSACLOZ.....	114	VITATRUE.....	249
VASCEPA.....	74	VERZENIO.....	103	<i>vitex fruit</i> .....	18
VASERETIC.....	78	VESICARE.....	286	VITLIPID N ADULT.....	244
<i>vasopressin</i> .....	177	VESICARE LS.....	286	VITLIPID N INFANT.....	245
<i>vasopressin +rfid</i> .....	177	<i>vestura</i> .....	138	VITRAKVI.....	100
<i>vasopressin-sodium chloride</i> .....	177	VEVYE.....	260	VIVA DHA.....	248
VASOSTRICT.....	177	VFEND.....	72	VIVAGUARD INO TEST STRIPS.....	166
VASOTEC.....	79	VFEND IV.....	72	VIVAGUARD LANCETS.....	218
VAXCHORA.....	287	V-GO 20.....	219	VIVAGUARD LANCETS 30G.....	218
VAXELIS.....	282	V-GO 30.....	219	VIVAGUARD SAFETY LANCETS	
VAXNEUVANCE.....	288	V-GO 40.....	219	28G.....	218
VAZCULEP.....	292	VIAGRA.....	133	VIVELLE-DOT.....	179
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE.....	290	VIBATIV.....	85	<i>vivimusta</i> .....	89
VECAMYL.....	82	VIBERZI.....	181	VIVITROL.....	68
VECTIBIX.....	96	VICTOZA.....	64	VIVJOA.....	71
VECTICAL.....	151	VIDAZA.....	91	VIVOTIF.....	288
<i>vecuronium bromide</i> .....	254	<i>vienna</i> .....	138	VIZIMPRO.....	96
VEGZELMA.....	109	<i>vigabatin</i> .....	52	VOGELXO.....	36
VELCADE.....	99	<i>vigadrone</i> .....	52	VOGELXO PUMP.....	36
VELETRI.....	131	Vigadrone.....	52	<i>volnea</i> .....	135
<i>velivet</i> .....	142	VIGAFYDE.....	52	VONJO.....	105
VELPHORO.....	183	VIGAMOX.....	259	VONVENDI.....	189
VELSIPITY.....	183	Vigpoder.....	52	VOQUEZNA.....	283
VELTASSA.....	237	VIIIBRYD.....	55	VOQUEZNA DUAL PAK.....	285
VEMLIDY.....	122	VIJOICE.....	236	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	285
VENCLEXTA.....	94	<i>vilazodone hcl</i> .....	56	VORANIGO.....	104
VENCLEXTA STARTING PACK.....	94	VILTEPSO.....	254	VORAXAZE.....	103
VENIPUNCTURE PX1		VIMIZIM.....	174	<i>voriconazole</i> .....	72
PHLEBOTOMY.....	160	VIMOVO.....	25	VOSEVI.....	122
<i>venlafaxine besylate er</i> .....	56	VIMPAT.....	51	VOTRIENT.....	99
<i>venlafaxine hcl</i> .....	57	VINATE DHA RF.....	248	VOWST.....	183
<i>venlafaxine hcl er</i> .....	56, 57	<i>vinblastine sulfate</i> .....	106	VOXZOGO.....	174
VENOFER.....	196	<i>vincristine sulfate</i> .....	106	VOYDEYA.....	190, 191
VENTAVIS.....	131	<i>vinorelbine tartrate</i> .....	106	VP INSULIN SYRINGE.....	227
VENTOLIN HFA.....	42	VIOKACE.....	167	VPRIV.....	193
VEOPOZ.....	190	<i>viorele</i> .....	135	VRAYLAR.....	112
VEOZAH.....	174	VIRACEPT.....	120	VTAMA.....	151
<i>verapamil hcl</i> .....	129	VIRAZOLE.....	124	VUITY.....	258
<i>verapamil hcl er</i> .....	129	VIREAD.....	121	VUMERITY.....	274
VERASENS BLOOD GLUCOSE		VISCOAT.....	263	VUSION.....	148
TEST.....	166	VISIONBLUE.....	263	VYEPTI.....	227
VEREGEN.....	148	VISTOGARD.....	68	<i>vyfemla</i> .....	138
VERELAN.....	129	VISUDYNE.....	261	VYLEESI.....	271
VERELAN PM.....	129	<i>vit e-vit c-beta carotene</i> .....	244	<i>vylibra</i> .....	138
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	227	VITAFOL FE+.....	249	VYNDAMAX.....	133
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	227	VITAFOL GUMMIES.....	248	VYNDAQEL.....	133
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	227	VITAFOL STRIPS.....	249	VYONDYS 53.....	254
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G		VITAFOL ULTRA.....	249	YTORIN.....	76
.....	218	VITAFOL-OB.....	248	VYVANSE.....	13
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G		VITAFOL-OB+DHA.....	249	VYVGART.....	236
.....	218	VITAFOL-ONE.....	249	VYVGART HYTRULO.....	235
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G		<i>vitalee</i> .....	244	VYXEOS.....	101
.....	218	VITALIPID N INFANT.....	245	VYZULTA.....	264
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G		VITAMEDMD ONE.....		WAINUA.....	270
.....	218	RX/QUATREFOLIC.....	249	WAKIX.....	15
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		<i>vitamin b complex</i> .....	239	WALGREENS LANCETS.....	218
28G.....	218	<i>vitamin b complex w/b-12</i> .....	240	WALGREENS LANCETS MICRO	
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		<i>vitamin d (ergocalciferol)</i> .....	293	THIN.....	218
30G.....	218	<i>vitamin k1</i> .....	293	WALGREENS LANCETS SUPER	
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		<i>vitamin-b complex</i> .....	240	THIN.....	219
33G.....	218	<i>vitamins acd-fluoride</i> .....	245	WALGREENS THIN LANCETS.....	219
VERKAZIA.....	260	VITAPEARL.....	248	WALGREENS ULTRA THIN	
VERQUOVO.....	133	VITATHELY WITH GINGER.....	248	LANCETS.....	219

<i>warfarin sodium</i> .....	45	XIGDUO XR.....	65	ZEGALOGUE.....	59
<i>water for irrigation, sterile</i> .....	236	XIIDRA.....	257	ZEGERID.....	284
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS.....	227	XIPERE.....	263	ZEJULA.....	108
WEGOVY.....	14	XOFIGO.....	102	ZELAPAR.....	110
WELCHOL.....	74	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	124	ZELBORAF.....	95
WELIREG.....	97	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	124	ZEMAIRA.....	278
WELLBUTRIN SR.....	54	XOLAIR.....	41	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	229
WELLBUTRIN XL.....	54	XOLREMDI.....	194	ZEMDRI.....	20
<i>wera</i> .....	138	XOPENEX HFA.....	42	ZEMPLAR.....	173
<i>wesnatal dha complete</i> .....	248	XOSPATA.....	99	<i>zenatane</i> .....	148
<i>wes-phos 250 neutral</i> .....	231	XPHOZAH.....	170	ZENPEP.....	167
WESTAB PLUS.....	248	XPROVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	100	<i>zenzedi</i> .....	14
WESTGEL DHA.....	249	XPROVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	100	ZEPATIER.....	122
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	209	XPROVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	100	ZEPBOUND.....	14
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	209	XPROVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	100	ZEPOSIA.....	278
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	209	XPROVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	100	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK.....	278
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	209	XPROVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	100	ZEPOSIA STARTER KIT.....	278
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	209	XPROVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	100	ZEPZELCA.....	89
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	209	XTAMPZA ER.....	33	ZERBAXA.....	133
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	209	XTANDI.....	89	ZERVIAE.....	258
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	209	<i>xulane</i> .....	139	ZESTORETIC.....	78
WILATE.....	189	XULTOPHY.....	64	ZESTRIL.....	79
WINLEVI.....	148	XURIDEN.....	172	ZETIA.....	76
WINREVAIR.....	131	XYLOCAINE.....	205	ZEVALIN Y-90.....	101
WINRHO SDF.....	267	XYLOCAINE/EPINEPHRINE.....	204	ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	227
<i>wixela inhub</i> .....	41	XYLOCAINE-MPF.....	205	ZEVRX PEN NEEDLES.....	227
<i>womans laxative</i> .....	204	XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE.....	204	ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G.....	219
<i>womens laxative</i> .....	204	XYNTHA.....	189	ZIAGEN.....	120
<i>wymzya fe</i> .....	138	XYNTHA SOLOFUSE.....	189	ZIANA.....	147
WYNZORA.....	161	XYOSTED.....	36	<i>zidovudine</i> .....	121
XACDURO.....	84	XYREM.....	270	ZIEXTENZO.....	196
XACIATO.....	291	XYWAV.....	270	ZILBRYSQ.....	190
XADAGO.....	110	Yargesa.....	193	<i>zileuton er</i> .....	39
XALATAN.....	264	YASMIN 28.....	138	ZILRETTA.....	144
XALKORI.....	91	YAZ.....	138	ZILXI.....	159
XANAX.....	38	YCANTH.....	157	ZIMHI.....	68
XANAX XR.....	38	YERVOY.....	92	<i>zinc chloride</i> .....	233
XARACOLL.....	205	YF-VAX.....	290	<i>zinc sulfate</i> .....	233
XARELTO.....	45	<i>yl balanced b-100</i> .....	242	ZINPLAVA.....	266
XARELTO STARTER PACK.....	45	<i>yl folic acid</i> .....	195	ZIOPTAN.....	264
XATMEP.....	91	YONDELIS.....	108	ZIPHEX.....	248
XCOPRI.....	52	YONSA.....	89	<i>ziprasidone hcl</i> .....	112
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	52	YORVIPATH.....	173	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	112
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	52	YOSPRALA.....	192	ZIPSOR.....	27
XDEMVY.....	260	YUFLYMA (1 PEN).....	23	ZIRABEV.....	109
XELJANZ.....	20	YUFLYMA (2 PEN).....	23	ZIRGAN.....	259
XELJANZ XR.....	20	YUFLYMA (2 SYRINGE).....	23	ZITHROMAX.....	205
XELODA.....	91	YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER.....	23	ZITHROMAX TRI-PAK.....	205
XELPROS.....	264	YUPELRI.....	42	ZITHROMAX Z-PAK.....	205
XELSTRYM.....	14	YUSIMRY.....	23	ZITUVIO.....	59
XEMBIFY.....	267	YUTIQ.....	263	ZOCOR.....	76
XENAZINE.....	272	<i>yuvafem</i> .....	291	ZOKINVY.....	234
XENICAL.....	15	<i>zafemy</i> .....	139	ZOLADEX.....	105
XENPOZYME.....	168	<i>zafirlukast</i> .....	43	<i>zoledronic acid</i> .....	169
XEOMIN.....	254	<i>zaleplon</i> .....	199	ZOLEDRONIC ACID.....	169
XERAVA.....	280	ZALTRAP.....	109	ZOLINZA.....	97
XERESE.....	152	ZALVIT.....	248	<i>zolmitriptan</i> .....	229
XERMELO.....	183	ZANAFLEX.....	251	ZOLOFT.....	55
XGEVA.....	175	ZANOSAR.....	107	<i>zolpidem tartrate</i> .....	200
XHANCE.....	253	ZARONTIN.....	53	<i>zolpidem tartrate er</i> .....	200
XIAFLEX.....	234	ZARXIO.....	195	ZOMACTON.....	172
XIFAXAN.....	83	ZAVESCA.....	193	ZOMIG.....	229
		ZAVZPRET.....	227	Zomig.....	229

ZONALON.....	150
ZONEGRAN.....	51
ZONISADE.....	51
<i>zonisamide</i> .....	51
ZONTIVITY.....	192
ZORTRESS.....	236
ZORYVE.....	151, 152, 158
ZOSYN.....	269
<i>zovia 1/35 (28)</i> .....	138
ZOVIRAX.....	152
ZTALMY.....	51
ZTLIDO.....	157
ZUBSOLV.....	34, 35
ZULRESSO.....	54
<i>zumandimine</i> .....	138
ZURZUVAE.....	54
ZYCLARA.....	157
ZYCLARA PUMP.....	157
ZYDELIG.....	107
ZYFLO.....	39
ZYKADIA.....	91
ZYLET.....	262
ZYMFENTRA (1 PEN).....	184
ZYMFENTRA (2 PEN).....	184
ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	184
ZYNLONTA.....	92
ZYNYZ.....	93
ZYPITAMAG.....	76
ZYPREXA.....	117
ZYPREXA RELPREVV.....	117
ZYPREXA ZYDIS.....	117
ZYTIGA.....	89
ZYVOX.....	86

**Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia,  
inicia sesión en [anthem.com/ca](https://anthem.com/ca).**

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

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



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

Rev. 3/19

# Get help in your language

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

You have the right to get this information and help in your language for free. Call the Member Services number on your ID card for help. (TTY/TDD: 711)

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

## Spanish

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

## Chinese

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

## Vietnamese

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

## Korean

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

## Tagalog

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

## Russian

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

## Arabic

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

## Armenian

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

## Farsi

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

## French

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



#### Japanese

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

#### Haitian

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

#### Italian

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

#### Polish

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

#### Punjabi

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ 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 ahoót'í t'áá ni nizaad k'ehjí níká a'doowó t'áá jík'e. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. (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>.