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 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.

- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas normas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. ¿Ya eres miembro? Puedes ver tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan si inicias sesión en anthem.com y accedes a **My Plan ->Benefits-> Plan Documents (Mi plan ->Beneficios-> Documentos del plan)**.

- Tú y tu médico pueden usar esta lista como guía para elegir los medicamentos adecuados para ti. Es posible que tu plan no cubra los medicamentos que no están en esta lista y pueden costarte más como gasto de bolsillo. Para ayudarte a comprender cómo funciona la lista con tu beneficio para medicamentos, hemos incluido algunas preguntas frecuentes (FAQ) en este documento sobre cómo se organiza la lista y qué hacer si un medicamento no se encuentra en ella.

Lista de medicamentos tradicionales

Cuatro niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION 4
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 12
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS** 18
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 18
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 18
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 19
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 27
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 29
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 34
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 35
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 36
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 36
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 37
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 38
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 39
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 44
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 46
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 53
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 58
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 66
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 67
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 68
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 70
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 72
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 73
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 77
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 83
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 87
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 88
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 88
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 89
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 112
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 114
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 120
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 120
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 127
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 129
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 132
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 133
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 136
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 138
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 145
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 147
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 149
DIAGNOSTIC PRODUCTS 164
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 169
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 170
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 171
***ESTROGENS* - HORMONES** 181
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 182
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 183
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 187
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 188
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 190
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 191
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 196
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 200
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 202

***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 204
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 207
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 208
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 209
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 233
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 235
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 238
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 243
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 245
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 255
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 257
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 258
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 260
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 261
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 269
***OXYTOCICS* - HORMONES** 270
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 270
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 272
***PROGESTINS* - HORMONES** 274
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 274
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 283
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 284
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 284
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 285
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 286
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 287
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 290
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 291
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 294
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 296
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 297

Lista abierta de medicamentos tradicional – Sección Informativa

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Quimioterapia oral (OC)" A pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares ($ 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.

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

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

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

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

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

"Límite de cantidad (QL)" significa una restricción en el número de dosis de un medicamento recetado cubierto por un producto de seguro de salud durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.
"Medicamentos especializados (SP)" significa medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones difíciles a largo plazo. Es posible que necesite obtener este medicamento a través de una farmacia especializada.

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

Preguntas frecuentes

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

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

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

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

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

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

ANALGESIC OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
ABSTRAL SUBLINGUAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 300 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (*fentanyl*)

- 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

codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg

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

levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)

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 y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-236-6196. 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.covermymeds.com/main/partners/anthem.
2. Inicie sesión en anthem.com/ca y elija **Farmacia**.
    - Vaya a **Recursos de farmacia** y **busque su medicamento en su lista de** medicamentos.
    - Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
    - Desplácese hacia abajo hasta **Definición de restricciones** y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
    - Su médico completa y nos envía el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.covermymeds.com/main/partners/anthem.
2. Inicie sesión en anthem.com/ca y elija Farmacia.
   - Vaya a Recursos de farmacia y busque su medicamento en su lista de medicamentos.
   - Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
   - Desplácese hacia abajo hasta Definición de restricciones y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
   - Su médico completa 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. [1]

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una solicitud no urgente y las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podemos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.

- No se preocupe, si ha cambiado de póliza, no le pediremos que repita una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya se esté utilizando para tratar una afección médica, siempre que el medicamento aún se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz.

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.

[1] 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.

Anthem

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

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

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

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

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

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

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

OC = quimioterapia oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los $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 1/1/2025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMPHETAMINES - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (*amphetamine*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
amphetamine sulfate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
amphetamine sulfate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
DESOXYN ORAL TABLET (*methamphetamine hcl*)	3	ST; QL (5 tablets per 1 day)
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*dextroamphetamine sulfate*)	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (4 capsules per 1 day)
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dextroamphetamine sulfate oral solution	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (*amphetamine*)	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MG, 5 MG (*amphetamine*)	3	ST; DO
DYANAVEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 20 MG (*amphetamine*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 10 MG (*amphetamine sulfate*)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 5 MG (*amphetamine sulfate*)	3	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methamphetamine hcl oral tablet	3	ST; QL (5 tablets per 1 day)
procentra oral solution	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	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 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS**		
ALLERGENIC EXTRACTS - BIOLOGICAL AGENTS**		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*timothy grass pollen allergen*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (*peanut powder-dnfp*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*short ragweed pollen ext*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
MIXED ALLERGENIC EXTRACTS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*dust mite mixed allergen ext*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*grass mix pollens allergen ext*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMEBICIDES - DRUGS FOR PARASITES**		
SOLOSEC ORAL PACKET (*secnidazole*)	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOGLYCOSIDES - ANTIBIOTICS**		
amikacin sulfate injection solution	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION (*amikacin sulfate liposome*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*tobramycin*)	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
gentamicin in saline intravenous solution	1 or 1b*	
gentamicin sulfate injection solution	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE (*paromomycin sulfate*)	3	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*tobramycin*)	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*tobramycin*)	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (*tobramycin*)	4	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (*plazomicin sulfate*)	3	
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OLUMIANT ORAL TABLET (*baricitinib*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (*upadacitinib*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (*upadacitinib*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (*upadacitinib*)	4	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (*tofacitinib citrate*)	4	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (*tofacitinib citrate*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tofacitinib citrate*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*methotrexate (anti-rheumatic)*)	4	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*methotrexate (anti-rheumatic)*)	4	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-afzb*)	4	PA; LD; QL (2 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ABRILADA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-afzb*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*adalimumab-afzb*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
adalimumab-aacf(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-fkjp (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
adalimumab-ryvk (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
adalimumab-ryvk (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML (*adalimumab-atto*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML (*adalimumab-atto*)	4	PA; LD; QL (2 autoinjector per 28 days); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (*adalimumab-atto*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*adalimumab-atto*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*adalimumab-atto*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*adalimumab-atto*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-adbm*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*adalimumab-adbm*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (*adalimumab-adbm*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (*adalimumab-adbm*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (*adalimumab-adbm*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (*adalimumab-adbm*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*adalimumab-bwwd*)	4	PA; LD; QL (2 autoinjectors per 28 days); SP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*adalimumab-bwwd*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-fkjp*)	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.4ML (*adalimumab-fkjp*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (*adalimumab-fkjp*)	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UVEIT START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*adalimumab-adaz*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-aacf*)	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*adalimumab-aacf*)	4	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-aacf*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-aacf*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-ryvk*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-ryvk*)	4	PA; LD; QL (2 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*adalimumab-ryvk*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (*golimumab*)	4	PA; LD; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*golimumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*golimumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (*adalimumab-aaty*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (*adalimumab-aaty*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-aaty*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (*adalimumab-aaty*)	4	PA; LD; QL (2 syrgines per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (*adalimumab-aaty*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-aaty*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*adalimumab-aqvh*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG (*celecoxib*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
CELEBREX ORAL CAPSULE 400 MG (*celecoxib*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
celecoxib oral capsule 400 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
GOLD COMPOUNDS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RIDAURA ORAL CAPSULE (*auranofin*)	2	QL (3 capsules per 1 day)
INTERLEUKIN-1 BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*rilonacept*)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAGONIST (IL-1RA) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*anakinra*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (*canakinumab*)	4	PA; LD; QL (2 vials 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INTERLEUKIN-6 RECEPTOR INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tocilizumab*)	4	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION (*tocilizumab*)	4	PA; LD; SP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tocilizumab*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*sarilumab*)	4	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sarilumab*)	4	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
TOFIDENCE INTRAVENOUS SOLUTION (*tocilizumab-bavi*)	4	PA; LD; SP
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION (*tocilizumab-aazg*)	4	PA; LD; SP
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tocilizumab-aazg*)	4	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tocilizumab-aazg*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50-0.2 MG (*diclofenac-misoprostol*)	3	ST; QL (4 tablet per 1 day)
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 75-0.2 MG (*diclofenac-misoprostol*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION (*ibuprofen-acetaminophen*)	3	
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
DUEXIS ORAL TABLET (*ibuprofen-famotidine*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ibuprofen-famotidine oral tablet	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*naproxen-esomeprazole*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ANAPROX DS ORAL TABLET (*naproxen sodium*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (*ibuprofen*)	3	
COXANTO ORAL CAPSULE (*oxaprozin*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
DAYPRO ORAL TABLET (*oxaprozin*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac potassium oral capsule	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 25 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*naproxen*)	3	ST
ec-naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
etodolac oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
etodolac oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
etodolac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
FENOPROFEN CALCIUM ORAL CAPSULE 200 MG	3	ST; QL (6 capsule per 1 day)
fenoprofen calcium oral capsule 400 mg	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
fenoprofen calcium oral tablet	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
flurbiprofen oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
flurbiprofen oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
ibu oral tablet	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
ibuprofen lysine intravenous solution	1 or 1b*	
ibuprofen oral suspension	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
INDOCIN ORAL SUSPENSION (*indomethacin*)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY (*indomethacin*)	3	ST; QL (4 suppositories per 1 day)
indomethacin er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
indomethacin oral capsule 25 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
indomethacin oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
indomethacin oral suspension	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
indomethacin rectal suppository 50 mg	3	ST; QL (4 suppositories per 1 day)
indomethacin sodium intravenous solution reconstituted	3	
ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
ketoprofen oral capsule 25 mg	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
ketoprofen oral capsule 50 mg	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml	1 or 1b*	QL (4 ML per 30 days)
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine oral tablet	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
KIPROFEN ORAL CAPSULE (*ketoprofen*)	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LODINE ORAL TABLET (*etodolac*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
lofena oral tablet	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
meclofenamate sodium oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
mefenamic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
meloxicam oral capsule	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
meloxicam oral suspension	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
meloxicam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nabumetone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
nabumetone oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NALFON ORAL CAPSULE (*fenoprofen calcium*)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
NALFON ORAL TABLET (*fenoprofen calcium*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*naproxen sodium*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NAPROSYN ORAL SUSPENSION (*naproxen*)	3	QL (60 mL per 1 day)
NAPROSYN ORAL TABLET (*naproxen*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
naproxen dr oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen oral suspension	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen sodium er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
naproxen sodium oral tablet 275 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen sodium oral tablet 550 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (*ibuprofen lysine*)	3	
oxaprozin oral capsule	3	QL (4 capsules per 1 day)
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
RELAFEN DS ORAL TABLET (*nabumetone*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SPRIX NASAL SOLUTION (*ketorolac tromethamine*)	3	ST; QL (5 bottle per 30 days)
sulindac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TOLECTIN 600 ORAL TABLET (*tolmetin sodium*)	3	ST
tolmetin sodium oral capsule	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
ZIPSOR ORAL CAPSULE (*diclofenac potassium*)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTEZLA ORAL TABLET (*apremilast*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (*apremilast*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (*apremilast*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ARAVA ORAL TABLET (*leflunomide*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
leflunomide oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE COSTIMULATION MODULATORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*abatacept*)	4	PA; LD; QL (4 Syringes per 28 days); SP
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*abatacept*)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*abatacept*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*etanercept*)	4	PA; LD; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (*etanercept*)	4	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (*etanercept*)	4	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (*etanercept*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*etanercept*)	4	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANALGESICS OTHER - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen intravenous solution	1 or 1b*	
ANALGESICS-SEDATIVES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ALLZITAL ORAL TABLET (*butalbital-acetaminophen*)	3	QL (12 tablets per 1 day)
bac oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg	3	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg	3	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
ESGIC ORAL TABLET (*butalbital-apap-caffeine*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
FIORICET ORAL CAPSULE (*butalbital-apap-caffeine*)	3	QL (6 capsules per 1 day)
tencon oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SALICYLATES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
aspirin 81 oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin 81 oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bayer low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
bayer low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
diflunisal oral tablet	1 or 1b*	
DOLOBID ORAL TABLET (*diflunisal*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ecotrin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
h-e-b aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kls aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
mm aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
sb low dose asa ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
sm aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
st joseph aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
st joseph low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
st joseph low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
CODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
ascomp-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
butalbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE (*butalbital-apap-caff-cod*)	3	AL; QL (6 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DIHYDROCODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
trezix oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
HYDROCODONE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
hydrocodone-acetaminophen oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	3	AL; QL (6 tablets per 1 day)
codeine sulfate oral tablet 30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG	3	AL; QL (6 tablet per 1 day)
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tramadol hcl*)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION (*meperidine hcl*)	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION (*hydromorphone hcl*)	3	
DILAUDID ORAL LIQUID (*hydromorphone hcl*)	3	QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET (*hydromorphone hcl*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*sufentanil citrate*)	3	
duramorph injection solution	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	
fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 50 MCG/ML	3	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	1 or 1b*	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
fentanyl citrate buccal tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
fentanyl transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 30 mg, 40 mg, 50 mg	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml	3	
hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml	1 or 1b*	
hydromorphone hcl oral liquid	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
hydromorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT (*hydrocodone bitartrate*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (*morphine sulfate microinfusion*)	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (*morphine sulfate microinfusion*)	3	
levorphanol tartrate oral tablet 2 mg	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
levorphanol tartrate oral tablet 3 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
meperidine hcl injection solution	1 or 1b*	
meperidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
meperidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL (1 mL per 1 day)
methadone hcl intensol oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadone hcl oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadone hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methadone hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
methadone hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
methadone hcl oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (*methadone hcl*)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadose oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (*methadone hcl*)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
mitigo injection solution	1 or 1b*	
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1 or 1b*	
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml	3	
morphine sulfate oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG, 200 MG (*morphine sulfate*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 30 MG, 60 MG (*morphine sulfate*)	3	PA; QL (3 tablet per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*tapentadol hcl*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (*tapentadol hcl*)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (*tapentadol hcl*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (*tapentadol hcl*)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (*oliceridine fumarate*)	3	
oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
oxycodone hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent	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 (*oxycodone hcl*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG (*oxycodone hcl*)	3	PA; QL (2 tablet per 1 day)
oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
oxymorphone hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
oxymorphone hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION (*tramadol hcl*)	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
remifentanil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ROXICODONE ORAL TABLET (*oxycodone hcl*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT (*oxycodone hcl*)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; QL (16 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tramadol hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 75 mg	3	PA; QL (5 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*remifentanil hcl*)	3	
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (*oxycodone*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 27 MG, 36 MG (*oxycodone*)	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
OPIOID COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
APADAZ ORAL TABLET (*benzhydrocodone-acetaminophen*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
NALOCET ORAL TABLET	3	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-300 MG/5ML	3	QL (30 mL per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (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)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 2.5-300 MG	3	QL (6 tablet per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 7.5-325 MG (*oxycodone-acetaminophen*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 5-325 MG (*oxycodone-acetaminophen*)	3	QL (6 tablet per 1 day)
PROLATE ORAL SOLUTION (*oxycodone-acetaminophen*)	3	QL (30 mL per 1 day)
PROLATE ORAL TABLET (*oxycodone-acetaminophen*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
OPIOID PARTIAL AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
BELBUCA BUCCAL FILM (*buprenorphine hcl*)	3	PA; QL (2 film per 1 day)
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*buprenorphine*)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*buprenorphine*)	4	LD; QL (1 syringe per 28 days)
buprenorphine hcl injection solution	1 or 1b*	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
buprenorphine transdermal patch weekly	1 or 1b*	PA; QL (1 package per 28 days)
butorphanol tartrate injection solution	1 or 1b*	
butorphanol tartrate nasal solution	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*buprenorphine*)	3	PA; QL (1 package per 28 days)
nalbuphine hcl injection solution	1 or 1b*	QL (2 mL per 1 day)
pentazocine-naloxone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*buprenorphine*)	4	LD; QL (1 syringe per 28 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (2 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (16 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 4-1 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (8 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (4 films per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRAMADOL COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
SEGLENTIS ORAL TABLET (*celecoxib-tramadol hcl*)	3	AL; QL (4 tablets per 1 day)
tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES**		
ANDROGENS - DRUGS FOR MEN**		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL (*testosterone*)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION (*testosterone undecanoate*)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AZMIRO INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*testosterone cypionate*)	3	PA
danazol oral capsule 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
danazol oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*testosterone cypionate*)	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 200 MG (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET	3	PA
methyltestosterone oral capsule	3	PA
NATESTO NASAL GEL (*testosterone*)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL (*testosterone*)	3	PA; QL (1 packet per 1 day)
TESTOPEL IMPLANT PELLET (*testosterone*)	3	PA; LD
testosterone cypionate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone enanthate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)	1 or 1b*	PA; QL (1 bottle per 30 days)
testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)	1 or 1b*	PA; QL (1 pump per 30 days)
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	1 or 1b*	PA; QL (2 bottles per 30 days)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)	1 or 1b*	PA; QL (1 packet per 1 day)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)	1 or 1b*	PA; QL (2 packet per 1 day)
testosterone transdermal solution	1 or 1b*	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
TLANDO ORAL CAPSULE (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
UNDECATREX ORAL CAPSULE (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL (*testosterone*)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL (*testosterone*)	3	PA; QL (1 tube per 1 day)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*testosterone enanthate*)	3	PA
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS**		
INTRARECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
budesonide rectal foam 2 mg	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
budesonide rectal foam 2 mg/act	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA (*hydrocortisone*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (*hydrocortisone acetate*)	3	QL (2.15 gram per 1 day)
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
UCERIS RECTAL FOAM (*budesonide*)	3	QL (4.78 gm per 1 day)
NITRATE VASODILATING AGENTS - RECTAL PREPARATIONS**		
nitroglycerin rectal ointment	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (*nitroglycerin*)	3	QL (1 unit per 1 day)
RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone ace-pramoxine*)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (*hydrocortisone ace-pramoxine*)	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (*hydrocortisone ace-pramoxine*)	3	
RECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone*)	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone*)	1 or 1b*	
procto-med hc external cream	1 or 1b*	
proctosol hc external cream	1 or 1b*	
proctozone-hc external cream	1 or 1b*	
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR PARASITES**		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET (*praziquantel*)	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (*mebendazole*)	3	
ivermectin oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
praziquantel oral tablet	1 or 1b*	
STROMECTOL ORAL TABLET (*ivermectin*)	3	QL (9 tablets per 1 fill)
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIANGINALS-OTHER - DRUGS FOR ANGINA**		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET (*ranolazine*)	3	PA; QL (2 sachets per 1 day)
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NITRATES - DRUGS FOR ANGINA**		
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (*isosorbide dinitrate*)	3	
isosorbide dinitrate oral tablet	1 or 1b*	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
isosorbide mononitrate oral tablet	1 or 1b*	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (*nitroglycerin*)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (*nitroglycerin*)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (*nitroglycerin*)	2	
nitroglycerin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	
nitroglycerin translingual solution	1 or 1b*	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (*nitroglycerin*)	3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*nitroglycerin*)	3	
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIANXIETY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR ANXIETY**		
buspirone hcl oral tablet	1 or 1b*	
droperidol injection solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl oral syrup	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl oral tablet	1 or 1b*	
hydroxyzine pamoate oral capsule	1 or 1a*	
meprobamate oral tablet	3	
BENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE (*alprazolam*)	3	QL (4 mL per 1 day)
alprazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
alprazolam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ATIVAN INJECTION SOLUTION (*lorazepam*)	3	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG (*lorazepam*)	3	DO
ATIVAN ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (*lorazepam*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
chlordiazepoxide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
clorazepate dipotassium oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diazepam injection solution 10 mg/2ml	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diazepam intensol oral concentrate	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
diazepam oral concentrate	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
diazepam oral solution	1 or 1a*	
diazepam oral tablet	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lorazepam injection solution	1 or 1b*	
lorazepam intensol oral concentrate	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
lorazepam oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*	DO
lorazepam oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG, 1.5 MG (*lorazepam*)	3	ST; DO
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG (*lorazepam*)	3	ST; QL (2 capsule per 1 day)
oxazepam oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
VALIUM ORAL TABLET (*diazepam*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX ORAL TABLET (*alprazolam*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG (*alprazolam*)	3	DO
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG (*alprazolam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIARRHYTHMICS - MISC. - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
disopyramide phosphate oral capsule	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*disopyramide phosphate*)	2	
NORPACE ORAL CAPSULE (*disopyramide phosphate*)	3	
procainamide hcl injection solution	1 or 1b*	
quinidine gluconate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
quinidine sulfate oral tablet	1 or 1a*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%	1 or 1b*	
mexiletine hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
flecainide acetate oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
propafenone hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
amiodarone hcl intravenous solution	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (*ibutilide fumarate*)	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	LD
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (*dronedarone hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (*amiodarone hcl in dextrose*)	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
TIKOSYN ORAL CAPSULE (*dofetilide*)	3	LD
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
5-LIPOXYGENASE INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
zileuton er oral tablet extended release 12 hour	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET (*zileuton*)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ADRENERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone-salmeterol*)	3	ST; QL (1 package per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL (*fluticasone-salmeterol*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone-salmeterol*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone-salmeterol*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone-salmeterol*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL (*albuterol-budesonide*)	3	PA; QL (3 inhalers per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*umeclidinium-vilanterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (*glycopyrrolate-formoterol*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone furoate-vilanterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate (Breyna Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (*budeson-glycopyrrol-formoterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium-albuterol*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*aclidinium br-formoterol fum*)	3	ST; QL (1 unit per 25 days)
DULERA INHALATION AEROSOL (*mometasone furo-formoterol fum*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*tiotropium bromide-olodaterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL (*budesonide-formoterol fumarate*)	3	ST; QL (1.03 grams per 1 day)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (*fluticasone-umeclidin-vilant*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (*fluticasone-umeclidin-vilant*)	2	QL (2 EA per 1 day)
wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
BETA ADRENERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	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)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*	
albuterol sulfate oral tablet	1 or 1b*	
arformoterol tartrate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL (60 vial per 30 days)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*arformoterol tartrate*)	3	QL (60 vial per 30 days)
formoterol fumarate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
isoproterenol hcl injection solution	1 or 1b*	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	1 or 1b*	QL (90 vials per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
levalbuterol tartrate inhalation aerosol	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*formoterol fumarate*)	3	QL (120 ML per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*albuterol sulfate*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*salmeterol xinafoate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*olodaterol hcl*)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
terbutaline sulfate injection solution	1 or 1b*	
terbutaline sulfate oral tablet	1 or 1b*	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (*albuterol sulfate*)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL (*levalbuterol tartrate*)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium bromide hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*umeclidinium bromide*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (*tiotropium bromide monohydrate*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*tiotropium bromide monohydrate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*aclidinium bromide*)	3	ST; QL (0.04 EA per 1 day)
YUPELRI INHALATION SOLUTION (*revefenacin*)	3	ST; QL (1 vial per 1 day)
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*benralizumab*)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (*benralizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (*benralizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (*reslizumab*)	4	PA; LD; SP
LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ACCOLATE ORAL TABLET (*zafirlukast*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SINGULAIR ORAL PACKET (*montelukast sodium*)	3	QL (1 packet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SINGULAIR ORAL TABLET (*montelukast sodium*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE (*montelukast sodium*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (*ensifentrine*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 30 days); SP
SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
DALIRESP ORAL TABLET (*roflumilast*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
roflumilast oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
STEROID INHALANTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT (*ciclesonide*)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT (*ciclesonide*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone furoate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*mometasone furoate*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*mometasone furoate*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT (*mometasone furoate*)	3	ST; QL (0.04 EA per 1 day)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (*mometasone furoate*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*mometasone furoate*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL (*mometasone furoate*)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act	1 or 1b*	QL (4 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*budesonide*)	3	ST; QL (0.07 EA per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML (*budesonide*)	3	QL (120 ML per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML (*budesonide*)	3	QL (60 ML per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tezepelumab-ekko*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tezepelumab-ekko*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
XANTHINES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
aminophylline intravenous solution	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (*theophylline*)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (*theophylline*)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (*theophylline*)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (*theophylline*)	2	QL (2 capsules per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline oral elixir	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
theophylline oral solution	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
COUMARIN ANTICOAGULANTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*apixaban*)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (*apixaban*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (*apixaban*)	2	QL (74 tablets per 30 days)
SAVAYSA ORAL TABLET (*edoxaban tosylate*)	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 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*bivalirudin trifluoroacetate*)	3	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT & REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dabigatran etexilate mesylate oral capsule	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE (*dabigatran etexilate mesylate*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 110 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (*dabigatran etexilate mesylate*)	3	QL (4 packets per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 150 MG, 20 MG (*dabigatran etexilate mesylate*)	3	QL (2 packets per 1 day)
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AMPA GLUTAMATE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION (*perampanel*)	3	QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET (*perampanel*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
clobazam oral suspension	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
clobazam oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diazepam rectal gel	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
KLONOPIN ORAL TABLET (*clonazepam*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG (*diazepam*)	3	PA; QL (10 films per 30 days)
LIBERVANT BUCCAL FILM 5 MG, 7.5 MG (*diazepam*)	3	PA; DO
NAYZILAM NASAL SOLUTION (*midazolam (anticonvulsant)*)	3	PA; QL (10 mL per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION (*clobazam*)	3	QL (16 mL per 1 day)
ONFI ORAL TABLET (*clobazam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (*clobazam*)	3	QL (2 film strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (*clobazam*)	3	QL (1 film strip per 1 day)
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
ANTICONVULSANTS - MISC. - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (*eslicarbazepine acetate*)	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (*eslicarbazepine acetate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (*rufinamide*)	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (*rufinamide*)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (*rufinamide*)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (*brivaracetam*)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (*brivaracetam*)	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET (*brivaracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carbamazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
carbamazepine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 200 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (*carbamazepine*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (*carbamazepine*)	3	QL (5 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (*stiripentol*)	4	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (*stiripentol*)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (*stiripentol*)	4	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (*stiripentol*)	4	PA; LD; QL (6 packets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*levetiracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (*cannabidiol*)	4	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
EPRONTIA ORAL SOLUTION (*topiramate*)	3	QL (16 mL per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (*fenfluramine hcl*)	4	PA; LD; QL (26 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
gabapentin oral capsule	1 or 1b*	DO
gabapentin oral solution	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
gabapentin oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
gabapentin oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION (*levetiracetam*)	3	
KEPPRA ORAL SOLUTION (*levetiracetam*)	3	QL (30 mL per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG (*levetiracetam*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG, 750 MG (*levetiracetam*)	3	DO
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (*levetiracetam*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 750 MG (*levetiracetam*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
lacosamide intravenous solution	1 or 1b*	
lacosamide oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
lacosamide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (*lamotrigine*)	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 42 X 50 MG & 14X100 MG (*lamotrigine*)	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG, 200 MG (*lamotrigine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 25 MG (*lamotrigine*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG (*lamotrigine*)	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET (*lamotrigine*)	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (*lamotrigine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG (*lamotrigine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 35 X 25 MG (*lamotrigine*)	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG, 84 X 25 MG & 14X100 MG (*lamotrigine*)	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (*lamotrigine*)	3	QL (28 tablets per 28 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 50 & 100 & 200 MG (*lamotrigine*)	3	QL (35 tablets per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG (*lamotrigine*)	3	DO
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (*lamotrigine*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG, 300 MG (*lamotrigine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
levetiracetam intravenous solution	1 or 1b*	
levetiracetam oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
levetiracetam oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	DO
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (*pregabalin*)	3	QL (3 capsule per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG (*pregabalin*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 75 MG (*pregabalin*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL SOLUTION (*pregabalin*)	3	QL (30 mL per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (*lacosamide*)	3	DO
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (*lacosamide*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG (*primidone*)	3	QL (8 tablets per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 50 MG (*primidone*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL CAPSULE (*gabapentin*)	3	DO
NEURONTIN ORAL SOLUTION (*gabapentin*)	3	QL (72 mL per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG (*gabapentin*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 800 MG (*gabapentin*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG (*oxcarbazepine*)	3	DO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG (*oxcarbazepine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
pregabalin oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
pregabalin oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
primidone oral tablet 125 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG (*topiramate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (*topiramate*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG (*topiramate*)	3	ST; DO
roweepra oral tablet	1 or 1b*	DO
rufinamide oral suspension	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
rufinamide oral tablet 200 mg	1 or 1b*	DO
rufinamide oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (*levetiracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (*levetiracetam*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION (*carbamazepine*)	3	QL (50 mL per 1 day)
TEGRETOL ORAL TABLET (*carbamazepine*)	3	QL (8 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (*carbamazepine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 400 MG (*carbamazepine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (*topiramate*)	3	DO
TOPAMAX ORAL TABLET 200 MG (*topiramate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (*topiramate*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION (*oxcarbazepine*)	3	QL (40 mL per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (*oxcarbazepine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 600 MG (*oxcarbazepine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG (*topiramate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (*topiramate*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (*topiramate*)	3	ST; DO
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION (*lacosamide*)	3	
VIMPAT ORAL SOLUTION (*lacosamide*)	3	QL (40 mL per 1 day)
VIMPAT ORAL TABLET (*lacosamide*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZONEGRAN ORAL CAPSULE (*zonisamide*)	3	QL (6 capsule per 1 day)
ZONISADE ORAL SUSPENSION (*zonisamide*)	3	QL (6 bottles per 30 days)
zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (*ganaxolone*)	4	LD; QL (10 bottles per 30 days)
CARBAMATES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
FELBATOL ORAL TABLET (*felbamate*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (*cenobamate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (*cenobamate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 pack per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GABA MODULATORS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
SABRIL ORAL PACKET (*vigabatrin*)	3	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
SABRIL ORAL TABLET (*vigabatrin*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigadrone oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (*vigabatrin*)	4	LD; QL (25 mL per 1 day)
vigabatrin (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
HYDANTOINS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
CEREBYX INJECTION SOLUTION (*fosphenytoin sodium*)	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (*phenytoin*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (*phenytoin sodium extended*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (*phenytoin sodium extended*)	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION (*phenytoin*)	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION (*phenytoin*)	3	
fosphenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (*phenytoin sodium extended*)	1 or 1b*	
phenytoin infatabs oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin oral suspension	1 or 1b*	
phenytoin oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin sodium extended oral capsule	1 or 1b*	
phenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
SUCCINIMIDES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
CELONTIN ORAL CAPSULE (*methsuximide*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
methsuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
ZARONTIN ORAL CAPSULE (*ethosuximide*)	3	QL (6 capsules per 1 day)
ZARONTIN ORAL SOLUTION (*ethosuximide*)	3	QL (30 mL per 1 day)
VALPROIC ACID - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG (*divalproex sodium*)	3	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (*divalproex sodium*)	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG, 250 MG (*divalproex sodium*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG (*divalproex sodium*)	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE (*divalproex sodium*)	3	QL (8 capsules per 1 day)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	1 or 1b*	
valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
valproic acid oral solution	1 or 1b*	
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*	
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (*mirtazapine*)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (*mirtazapine*)	3	
ANTIDEPRESSANT - MISCELLANEOUS COMBINATIONS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*dextromethorphan-bupropion*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIDEPRESSANTS - MISC. - DRUGS FOR DEPRESSION**		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG (*bupropion hbr*)	3	ST; DO
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG (*bupropion hbr*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluoxetine hcl oral capsule delayed release	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral solution	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	3	
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate oral tablet	1 or 1b*	
LEXAPRO ORAL TABLET (*escitalopram oxalate*)	3	ST
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral suspension	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral tablet	1 or 1b*	
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*paroxetine hcl*)	3	ST
PAXIL ORAL SUSPENSION (*paroxetine hcl*)	3	ST
PAXIL ORAL TABLET (*paroxetine hcl*)	3	ST
PROZAC ORAL CAPSULE (*fluoxetine hcl*)	3	ST
SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE	3	ST
sertraline hcl oral concentrate	1 or 1b*	
sertraline hcl oral tablet	1 or 1b*	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE (*sertraline hcl*)	3	ST
ZOLOFT ORAL TABLET (*sertraline hcl*)	3	ST
SEROTONIN MODULATORS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nefazodone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1 or 1a*	DO
trazodone hcl oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (*vortioxetine hbr*)	2	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (*vortioxetine hbr*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (*vilazodone hcl*)	3	ST; DO
VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG (*vilazodone hcl*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO
vilazodone hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 20 MG (*duloxetine hcl*)	3	PA; QL (6 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 30 MG (*duloxetine hcl*)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60 MG (*duloxetine hcl*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST; DO
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG (*duloxetine hcl*)	3	QL (2 capules per 1 day)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG (*duloxetine hcl*)	3	DO
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (*venlafaxine hcl*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 37.5 MG (*venlafaxine hcl*)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG (*venlafaxine hcl*)	3	ST; QL (3 capsules per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*levomilnacipran hcl*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (*levomilnacipran hcl*)	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (*desvenlafaxine succinate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG (*desvenlafaxine succinate*)	3	ST; DO
venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1a*	DO
amitriptyline hcl oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
amitriptyline hcl oral tablet 150 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG (*clomipramine hcl*)	3	DO
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 50 MG (*clomipramine hcl*)	3	QL (5 capsules per 1 day)
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 75 MG (*clomipramine hcl*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
clomipramine hcl oral capsule 25 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
clomipramine hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
desipramine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
doxepin hcl oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (*desipramine hcl*)	3	DO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (*nortriptyline hcl*)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (*nortriptyline hcl*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (*nortriptyline hcl*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
***ANTIDIABETICS* - HORMONES**		
ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
miglitol oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS - DRUGS FOR DIABETES**		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*pramlintide acetate*)	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*pramlintide acetate*)	2	QL (2 boxes per 30 days)
ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES - HORMONES**		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION (*teplizumab-mzwv*)	4	PA; LD
BIGUANIDES - DRUGS FOR DIABETES**		
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000 MG (*metformin hcl*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
GLUMETZA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (*metformin hcl*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 500 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 500 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral solution	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
METFORMIN HCL ORAL TABLET 625 MG	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*; $0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (*metformin hcl*)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
DIABETIC OTHER - DRUGS FOR DIABETES**		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (*glucagon*)	3	QL (1 pack per 30 days)
diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZITUVIMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (*sitagliptin base-metformin hcl*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - ERGOT DERIVATIVES - DRUGS FOR DIABETES**		
CYCLOSET ORAL TABLET (*bromocriptine mesylate*)	3	
DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-pioglitazone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
HUMAN INSULIN - DRUGS FOR DIABETES**		
ADMELOG INJECTION SOLUTION (*insulin lispro*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT (*insulin regular human*)	3	PA; QL (9 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 4 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT (*insulin regular human*)	3	PA; QL (18 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 60X4 &60X8 & 60X12 UNIT, 8 UNIT (*insulin regular human*)	3	PA; QL (12 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT (*insulin regular human*)	3	PA; QL (1 EA per 12 days)
APIDRA INJECTION SOLUTION (*insulin glulisine*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glulisine*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine*)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin aspart (w/niacinamide)*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP INJECTION SOLUTION (*insulin aspart (w/niacinamide)*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*insulin aspart (w/niacinamide)*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*insulin aspart (w/niacinamide)*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*semaglutide*)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (*dulaglutide*)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (*dulaglutide*)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*liraglutide*)	3	PA; QL (1 box per 30 days)
INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine-lixisenatide*)	2	ST; QL (5 pen per 25 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin degludec-liraglutide*)	2	ST; QL (5 pen per 30 days)
MEGLITINIDE ANALOGUES - DRUGS FOR DIABETES**		
nateglinide oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
repaglinide oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR DIABETES**		
KORLYM ORAL TABLET (*mifepristone*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
mifepristone oral tablet 300 mg	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB - DRUGS FOR DIABETES**		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (*empagliflozin-linaglip-metform*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG (*empagliflozin-linaglip-metform*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
GLYXAMBI ORAL TABLET (*empagliflozin-linagliptin*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QTERN ORAL TABLET (*dapagliflozin-saxagliptin*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
STEGLUJAN ORAL TABLET (*ertugliflozin-sitagliptin*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
bexagliflozin oral tablet	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
BRENZAVVY ORAL TABLET (*bexagliflozin*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
glipizide oral tablet 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (*glipizide*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (*glipizide*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 3 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 6 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 1.25 mg	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
DUETACT ORAL TABLET (*pioglitazone hcl-glimepiride*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET (*pioglitazone hcl-metformin hcl*)	3	ST; QL (3 tablet per 1 day)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONES - DRUGS FOR DIABETES**		
ACTOS ORAL TABLET (*pioglitazone hcl*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
pioglitazone hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTIDIARRHEAL - CHLORIDE CHANNEL ANTAGONISTS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*crofelemer*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC. - DRUGS FOR DIARRHEA**		
surebiotic probiotic support oral capsule	3	
ANTIPERISTALTIC AGENTS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
diphenoxylate-atropine oral liquid	1 or 1b*	
diphenoxylate-atropine oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOMOTIL ORAL TABLET (*diphenoxylate-atropine*)	3	
loperamide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (*difenoxin-atropine*)	3	
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ANTIDOTE COMBINATIONS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (*sodium nitrite-sod thiosulfate*)	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*neostigmine-glycopyrrolate*)	3	
ANTIDOTES - CHELATING AGENTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
CHEMET ORAL CAPSULE (*succimer*)	3	
deferasirox granules oral packet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral packet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	4	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	4	PA; LD
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE (*deferasirox*)	4	PA; LD; SP
FERRIPROX ORAL SOLUTION (*deferiprone*)	4	PA; LD
FERRIPROX ORAL TABLET (*deferiprone*)	4	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (*deferiprone*)	4	PA; LD
JADENU ORAL TABLET (*deferasirox*)	4	PA; LD; SP
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET (*deferasirox*)	4	PA; LD; SP
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (*acetylcysteine*)	3	
acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coag fact xa inactivated-zhzo*)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (*sugammadex sodium*)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*hydroxocobalamin*)	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	4	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*deferoxamine mesylate*)	4	LD; SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*digoxin immune fab*)	3	
edetate calcium disodium injection 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fomepizole intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue (antidote) intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue intravenous solution	1 or 1b*	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (*idarucizumab*)	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pralidoxime chloride*)	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (*methylene blue (antidote)*)	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (*prussian blue insoluble*)	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET (*uridine triacetate*)	3	PA; LD; QL (20 packets per 30 days)
BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
flumazenil intravenous solution	1 or 1b*	
OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
KLOXXADO NASAL LIQUID (*naloxone hcl*)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
nalmefene hcl injection solution	3	QL (20 mL per 150 days)
naloxone hcl injection solution	1 or 1b*	QL (6 vial per 90 days)
naloxone hcl injection solution cartridge	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml	1 or 1b*	ST; QL (6 syringes per 3 months)
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
naloxone hcl nasal liquid	1 or 1b*	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
naltrexone hcl oral tablet	1 or 1b*	
NARCAN NASAL LIQUID (*naloxone hcl*)	3	ST; QL (6 nasal spray per 90 days)
OPVEE NASAL SOLUTION (*nalmefene hcl*)	2	QL (3 cartons per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID (*naloxone hcl*)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*naltrexone*)	4	LD; QL (1 vial per 28 days)
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*naloxone hcl*)	2	QL (6 syringes per 3 monthss)
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
ANZEMET ORAL TABLET (*dolasetron mesylate*)	3	LD; QL (5 tablets per 30 days)
granisetron hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD
granisetron hcl oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (10 tablets per 30 days)
ondansetron hcl injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	LD
ondansetron hcl oral solution	1 or 1b*	LD; QL (8 mL per 1 day)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg	1 or 1b*	LD; QL (8 tablet per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg	1 or 1b*	LD; QL (48 tablets per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 8 mg	1 or 1b*	LD; QL (24 tablets per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 16 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg	1 or 1b*	LD; QL (48 tablets per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 8 mg	1 or 1b*	LD; QL (24 tablets per 30 days)
PALONOSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION 0.25 MG/2ML	3	PA; LD
palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml	1 or 1b*	PA; LD
palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION (*palonosetron hcl*)	3	PA; LD
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (*granisetron*)	3	LD; QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*granisetron*)	3	LD
ANTIEMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION (*fosnetupitant-palonosetron*)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (*fosnetupitant-palonosetron*)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fosnetupitant-palonosetron*)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (*netupitant-palonosetron*)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*doxylamine-pyridoxine*)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*doxylamine-pyridoxine*)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
ANTIVERT ORAL TABLET (*meclizine hcl*)	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (*meclizine hcl*)	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
meclizine hcl oral tablet 25 mg	1 or 1a*	
meclizine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	
scopolamine transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (*trimethobenzamide hcl*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (*scopolamine base*)	3	
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (*amisulpride (antiemetic)*)	3	
ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
dronabinol oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE (*dronabinol*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION (*dronabinol*)	3	QL (8 mL per 1 day)
SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION (*aprepitant*)	3	LD
aprepitant oral	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 125 mg	1 or 1b*	LD; QL (5 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 fill)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	1 or 1b*	LD; QL (10 capsules per 25 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (*aprepitant*)	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fosaprepitant dimeglumine*)	3	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
EMEND ORAL CAPSULE (*aprepitant*)	3	LD; QL (10 capsules per 25 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*aprepitant*)	3	QL (15 kit per 30 days)
EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE (*aprepitant*)	3	LD; QL (15 capsules per 25 days)
focinvez intravenous solution	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*rolapitant hcl*)	3	QL (4 capsules per 28 days)
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS) - DRUGS FOR FUNGUS**		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*caspofungin acetate*)	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*anidulafungin*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
micafungin sodium-nacl intravenous solution	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*micafungin sodium*)	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*rezafungin acetate*)	3	
ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS) - ANTIBIOTICS**		
BREXAFEMME ORAL TABLET (*ibrexafungerp citrate*)	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR FUNGUS**		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (*amphotericin b lipid*)	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*amphotericin b liposome*)	3	
amphotericin b intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE (*flucytosine*)	3	PA
flucytosine oral capsule	1 or 1b*	PA
griseofulvin microsize oral suspension	1 or 1b*	
griseofulvin microsize oral tablet	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet	1 or 1b*	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TETRAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*oteseconazole*)	3	PA; QL (1 carton per 4 monthss)
TRIAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*isavuconazonium sulfate*)	3	PA; QL (1 vial per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG (*isavuconazonium sulfate*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 74.5 MG (*isavuconazonium sulfate*)	3	PA; QL (5 capsules per 1 day)
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*fluconazole*)	3	QL (10 mL per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (*fluconazole*)	3	QL (4 tablet per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 200 MG (*fluconazole*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.9 MG/50ML-%	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 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
clemastine fumarate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
diphenhydramine hcl injection solution	1 or 1b*	
diphenhydramine hcl oral elixir	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (*carbinoxamine maleate*)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
RYVENT ORAL TABLET (*carbinoxamine maleate*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cetirizine hcl oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (*desloratadine*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	BE; QL (1 tablet per 1 day)
QUZYTTIR INTRAVENOUS SOLUTION (*cetirizine hcl*)	3	
ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (*promethazine hcl*)	3	
promethazine hcl injection solution	1 or 1a*	
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
promethazine hcl rectal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 50 mg	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLIZET ORAL TABLET (*bempedoic acid-ezetimibe*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLETOL ORAL TABLET (*bempedoic acid*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (*evinacumab-dgnb*)	4	PA; LD
ANTIHYPERLIPIDEMICS - MISC. - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
icosapent ethyl oral capsule 1 gm	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
LOVAZA ORAL CAPSULE (*omega-3-acid ethyl esters*)	3	PA; QL (4 capsule per 1 day)
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (*icosapent ethyl*)	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (*icosapent ethyl*)	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
BILE ACID SEQUESTRANTS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
cholestyramine light oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
cholestyramine light oral powder	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
cholestyramine oral packet	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
cholestyramine oral powder	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
colesevelam hcl oral packet	3	QL (1 packet per 1 day)
colesevelam hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (*colestipol hcl*)	3	QL (45 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET (*colestipol hcl*)	3	QL (16 tablets per 1 day)
colestipol hcl oral granules	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
colestipol hcl oral packet	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
colestipol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
prevalite oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
prevalite oral powder	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (*cholestyramine light*)	3	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET (*cholestyramine*)	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (*cholestyramine*)	3	QL (54 gm per 1 day)
WELCHOL ORAL PACKET (*colesevelam hcl*)	3	QL (1 packet per 1 day)
WELCHOL ORAL TABLET (*colesevelam hcl*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
FIBRIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
fenofibrate micronized oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fenofibric acid oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibric acid oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIBRICOR ORAL TABLET (*fenofibric acid*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE (*fenofibrate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (*gemfibrozil*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (*fenofibrate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*choline fenofibrate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
HMG COA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (*lovastatin*)	3	ST; DO
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG (*lovastatin*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION (*atorvastatin calcium*)	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
atorvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	DO
atorvastatin calcium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (*rosuvastatin calcium*)	3	ST; DO
CRESTOR ORAL TABLET 40 MG (*rosuvastatin calcium*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG (*rosuvastatin calcium*)	3	ST; DO
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (*rosuvastatin calcium*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION	3	ST; QL (5 mL per 1 day)
fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour	3; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*; $0	DO
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*fluvastatin sodium*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (*atorvastatin calcium*)	3	ST; DO
LIPITOR ORAL TABLET 80 MG (*atorvastatin calcium*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (*pitavastatin calcium*)	3	ST; DO
LIVALO ORAL TABLET 4 MG (*pitavastatin calcium*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg	3	ST; DO
pitavastatin calcium oral tablet 4 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*; $0	DO
pravastatin sodium oral tablet 80 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*; $0	DO

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VASERETIC ORAL TABLET (*enalapril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (*lisinopril-hydrochlorothiazide*)	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (*lisinopril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (*lisinopril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ACE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (*quinapril hcl*)	3	DO
ACCUPRIL ORAL TABLET 20 MG (*quinapril hcl*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 40 MG (*quinapril hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 1.25 MG, 2.5 MG (*ramipril*)	3	DO
ALTACE ORAL CAPSULE 10 MG (*ramipril*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 5 MG (*ramipril*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
benazepril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
benazepril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
captopril oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral solution	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalaprilat intravenous solution	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION (*enalapril maleate*)	3	QL (40 mg per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG (*benazepril hcl*)	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 20 MG (*benazepril hcl*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (*benazepril hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (*lisinopril*)	3	QL (40 mg per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg	1 or 1b*	DO
ramipril oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ramipril oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
trandolapril oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG (*enalapril maleate*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (*enalapril maleate*)	3	DO
VASOTEC ORAL TABLET 20 MG (*enalapril maleate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (*lisinopril*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (*lisinopril*)	3	DO
ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG (*lisinopril*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
DEMSER ORAL CAPSULE (*metyrosine*)	3	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE (*phenoxybenzamine hcl*)	3	PA; QL (12 capsules per 1 day)
metyrosine oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
phenoxybenzamine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (12 capsules per 1 day)
phentolamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & CA CHANNEL BLOCKER COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG (*amlodipine-olmesartan*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
AZOR ORAL TABLET 5-20 MG (*amlodipine-olmesartan*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG (*amlodipine besylate-valsartan*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG (*amlodipine besylate-valsartan*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATACAND ORAL TABLET 4 MG, 8 MG (*candesartan cilexetil*)	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (*irbesartan*)	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 300 MG (*irbesartan*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 5 MG (*olmesartan medoxomil*)	3	DO
BENICAR ORAL TABLET 40 MG (*olmesartan medoxomil*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	DO
COZAAR ORAL TABLET 100 MG (*losartan potassium*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
COZAAR ORAL TABLET 25 MG (*losartan potassium*)	3	DO
COZAAR ORAL TABLET 50 MG (*losartan potassium*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG (*valsartan*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 320 MG (*valsartan*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (*valsartan*)	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 40 MG (*azilsartan medoxomil*)	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG (*azilsartan medoxomil*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium oral tablet 25 mg	1 or 1b*	DO
losartan potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (*telmisartan*)	3	DO
MICARDIS ORAL TABLET 80 MG (*telmisartan*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
telmisartan oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VALSARTAN ORAL SOLUTION	1 or 1b*	PA; QL (80 mL per 1 day)
valsartan oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan oral tablet 320 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-25 MG (*amlodipine-valsartan-hctz*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG (*amlodipine-valsartan-hctz*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG (*olmesartan-amlodipine-hctz*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (*olmesartan-amlodipine-hctz*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*clonidine*)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*clonidine*)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*clonidine*)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
clonidine er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg	1 or 1a*	DO
clonidine hcl oral tablet 0.2 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
clonidine hcl oral tablet 0.3 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr	1 or 1b*	QL (12 patches per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	1 or 1b*	QL (0.29 patches per 1 day)
guanfacine hcl oral tablet	1 or 1b*	
methyldopa oral tablet 250 mg	1 or 1b*	DO
methyldopa oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*clonidine*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (*doxazosin mesylate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG (*doxazosin mesylate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
prazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
terazosin hcl oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ANTIHYPERTENSIVES - MISC. - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
VECAMYL ORAL TABLET (*mecamylamine hcl*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
atenolol-chlorthalidone oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 100 ORAL TABLET (*atenolol-chlorthalidone*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET (*atenolol-chlorthalidone*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DIRECT RENIN INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	DO
aliskiren fumarate oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG (*aliskiren fumarate*)	3	DO
TEKTURNA ORAL TABLET 300 MG (*aliskiren fumarate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE HEART**		
TRYVIO ORAL TABLET (*aprocitentan*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
eplerenone oral tablet	1 or 1b*	
INSPRA ORAL TABLET (*eplerenone*)	3	
VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
hydralazine hcl injection solution	1 or 1b*	
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (*nitroprusside sodium-nacl*)	3	
nitroprusside sodium intravenous solution	1 or 1b*	
nitroprusside sodium-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
sodium nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLAGYL ORAL CAPSULE (*metronidazole*)	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (*miltefosine*)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
LIKMEZ ORAL SUSPENSION (*metronidazole*)	3	PA
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (*pentamidine isethionate*)	3	LD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*pentamidine isethionate*)	4	LD
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	LD
pentamidine isethionate injection solution reconstituted	4	LD
tinidazole oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
tinidazole oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (*rifaximin*)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (*rifaximin*)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
BACTRIM DS ORAL TABLET (*sulfamethoxazole-trimethoprim*)	3	
BACTRIM ORAL TABLET (*sulfamethoxazole-trimethoprim*)	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution	1 or 1b*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	1 or 1a*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
sulfatrim pediatric oral suspension	1 or 1a*	
ANTIPROTOZOAL AGENTS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone oral suspension	1 or 1b*	
LAMPIT ORAL TABLET (*nifurtimox*)	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION (*atovaquone*)	3	
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
***BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS**		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*sulbactam sod-durlobactam sod*)	3	
CARBAPENEM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imipenem-cilastatin*)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imipenem-cilastatin-relebactam*)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*meropenem-vaborbactam*)	3	
CARBAPENEMS - ANTIBIOTICS**		
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CHLORAMPHENICALS - ANTIBIOTICS**		
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CYCLIC LIPOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
daptomycin-sodium chloride intravenous solution	3	
GLYCOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*dalbavancin hcl*)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*vancomycin hcl*)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*oritavancin diphosphate*)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*oritavancin diphosphate*)	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE (*vancomycin hcl*)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 750-5 MG/150ML-%	3	QL (300 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1250 MG/250ML	3	QL (500 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1500 MG/300ML	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1750 MG/350ML	3	QL (700 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/400ML	3	QL (800 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/100ML	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/150ML	3	QL (300 mL per 1 day)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 2 gm, 500 mg	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM, 1.5 GM, 750 MG	3	QL (2 vials per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm	3	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml	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 (*telavancin hcl*)	3	
LEPROSTATICS - ANTIBIOTICS**		
dapsone oral tablet	1 or 1b*	
LINCOSAMIDES - ANTIBIOTICS**		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (*clindamycin hcl*)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*clindamycin palmitate hcl*)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (*clindamycin phosphate*)	3	
clindamycin hcl oral capsule	1 or 1b*	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clindamycin phosphate injection solution	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (*lincomycin hcl*)	3	
lincomycin hcl injection solution	1 or 1b*	
MONOBACTAMS - ANTIBIOTICS**		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*aztreonam*)	3	
aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (*aztreonam lysine*)	4	LD; QL (3 vials per 1 day); SP
OXAZOLIDINONES - ANTIBIOTICS**		
linezolid in sodium chloride intravenous solution	3	
linezolid intravenous solution	1 or 1b*	
linezolid oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
linezolid oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tedizolid phosphate*)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (*tedizolid phosphate*)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (*linezolid*)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*linezolid*)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYVOX ORAL TABLET (*linezolid*)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
POLYMYXINS - ANTIBIOTICS**		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*colistimethate sodium*)	3	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
URINARY ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (*methenamine hippurate*)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (*nitrofurantoin monohyd macro*)	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (*nitrofurantoin macrocrystal*)	3	
methenamine hippurate oral tablet	1 or 1b*	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml	3	
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMALARIAL COMBINATIONS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET (*artemether-lumefantrine*)	3	
MALARONE ORAL TABLET (*atovaquone-proguanil hcl*)	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR PARASITES**		
ARAKODA ORAL TABLET (*tafenoquine succinate*)	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET (*pyrimethamine*)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET (*tafenoquine succinate*)	3	QL (2 tablets per 1 fill)
mefloquine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PLAQUENIL ORAL TABLET (*hydroxychloroquine sulfate*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (*quinine sulfate*)	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
quinine sulfate oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (*hydroxychloroquine sulfate*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (*hydroxychloroquine sulfate*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (*neostigmine methylsulfate*)	3	
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*neostigmine methylsulfate*)	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET (*amifampridine phosphate*)	4	PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL SOLUTION (*pyridostigmine bromide*)	3	
MESTINON ORAL TABLET (*pyridostigmine bromide*)	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*pyridostigmine bromide*)	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	3	
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral solution	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral tablet	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (*pyridostigmine bromide*)	3	
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - ANTIBIOTICS**		
cycloserine oral capsule	1 or 1b*	
ethambutol hcl oral tablet	1 or 1b*	
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET (*rifapentine*)	2	
pyrazinamide oral tablet	1 or 1b*	
rifabutin oral capsule	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*rifampin*)	3	
rifampin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
rifampin oral capsule	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET (*bedaquiline fumarate*)	3	
TRECATOR ORAL TABLET (*ethionamide*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER**		
ALKYLATING AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (*bendamustine hcl*)	3	PA; LD; SP
bendamustine hcl intravenous solution	3	PA; LD; SP
bendamustine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (*bendamustine hcl*)	3	PA; LD; SP
busulfan intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (*busulfan*)	3	LD; SP
carboplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
cisplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
MYLERAN ORAL TABLET (*busulfan*)	2; OC	LD; OC
oxaliplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
oxaliplatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
paraplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*thiotepa*)	3	LD; SP
thiotepa injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*bendamustine hcl*)	3	PA; LD; SP
vivimusta intravenous solution	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*lurbinectedin*)	3	PA; LD; SP
ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
YONSA ORAL TABLET (*abiraterone acetate micronized*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG (*abiraterone acetate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG (*abiraterone acetate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ANTIADRENALS - DRUGS FOR CANCER**		
LYSODREN ORAL TABLET (*mitotane*)	2; OC	LD; QL (38 tablet per 1 day); OC
ANTIANDROGENS - DRUGS FOR CANCER**		
bicalutamide oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CASODEX ORAL TABLET (*bicalutamide*)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG (*apalutamide*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG (*apalutamide*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
EULEXIN ORAL CAPSULE (*flutamide*)	3; OC	OC
NILANDRON ORAL TABLET (*nilutamide*)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
nilutamide oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET (*darolutamide*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE (*enzalutamide*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (*enzalutamide*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (*enzalutamide*)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ANTIESTROGENS - DRUGS FOR CANCER**		
FARESTON ORAL TABLET (*toremifene citrate*)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (*tamoxifen citrate*)	2; OC; $0	LD; OC
tamoxifen citrate oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; OC
toremifene citrate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR CANCER**		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pemetrexed disodium*)	3	PA; LD; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (*nelarabine*)	3	LD; SP
azacitidine injection suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
capecitabine oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
cladribine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
clofarabine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine (pf) injection solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine injection solution	1 or 1b*	LD; SP
decitabine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
floxuridine injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
fludarabine phosphate intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
fluorouracil intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION (*pralatrexate*)	3	LD; SP
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
JYLAMVO ORAL SOLUTION (*methotrexate*)	3; OC	PA; LD; OC
mercaptopurine oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
methotrexate sodium (pf) injection solution	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium injection solution	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
nelarabine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ONUREG ORAL TABLET (*azacitidine*)	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 28 days); SP; OC
pemetrexed dipotassium intravenous solution reconstituted	3	PA
pemetrexed disodium intravenous solution	3	PA; LD; SP
pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted	3	PA; LD; SP
pemetrexed intravenous solution 1 gm/40ml, 100 mg/4ml	3	PA; LD; SP
pemetrexed intravenous solution 500 mg/20ml	3	PA; LD
PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION (*pemetrexed*)	3	PA; LD
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION (*pemetrexed disodium*)	3	PA; LD; SP
PURIXAN ORAL SUSPENSION (*mercaptopurine*)	3; OC	PA; LD; OC
TABLOID ORAL TABLET (*thioguanine*)	2; OC	LD; OC
TREXALL ORAL TABLET (*methotrexate sodium*)	2; OC	ST; LD; OC
VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*azacitidine*)	3	PA; LD; SP
XATMEP ORAL SOLUTION (*methotrexate*)	3; OC	PA; LD; OC
XELODA ORAL TABLET (*capecitabine*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TRUQAP ORAL TABLET (*capivasertib*)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK (*capivasertib*)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALECENSA ORAL CAPSULE (*alectinib hcl*)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); OC
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (*lorlatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (*lorlatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE (*crizotinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG (*crizotinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG (*crizotinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG (*crizotinib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYKADIA ORAL TABLET (*ceritinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION (*nivolumab-relatlimab-rmbw*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (*mogamulizumab-kpkc*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tafasitamab-cxix*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*loncastuximab tesirine-lpyl*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (*ofatumumab*)	3	PA; LD; SP
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (*obinutuzumab*)	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab-arrx*)	3	PA; LD; SP
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab*)	3	PA; LD; SP
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab-pvvr*)	3	PA; LD; SP
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab-abbs*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*inotuzumab ozogamicin*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*brentuximab vedotin*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*gemtuzumab ozogamicin*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (*daratumumab*)	3	PA; LD; SP
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (*isatuximab-irfc*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*polatuzumab vedotin-piiq*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CLDN18.2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*zolbetuximab-clzb*)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (*tremelimumab-actl*)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (*ipilimumab*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (*naxitamab-gqgk*)	3	PA; LD
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (*dinutuximab*)	3	LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab*)	3	LD; SP
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-pkrb*)	3	ST; LD; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-anns*)	3	LD; SP
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION (*margetuximab-cmkb*)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-dkst*)	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-dttb*)	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (*pertuzumab*)	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-qyyp*)	3	ST; LD; SP
TUKYSA ORAL TABLET (*tucatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*zanidatamab-hrii*)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*enfortumab vedotin-ejfv*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (*dostarlimab-gxly*)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (*pembrolizumab*)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (*cemiplimab-rwlc*)	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (*toripalimab-tpzi*)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (*nivolumab*)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (*tislelizumab-jsgr*)	3	PA; LD
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (*retifanlimab-dlwr*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (*avelumab*)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (*durvalumab*)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (*atezolizumab*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*elotuzumab*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tisotumab vedotin-tftv*)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); OC
ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
dasatinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GLEEVEC ORAL TABLET (*imatinib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG (*ponatinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (*ponatinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG (*asciminib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (*asciminib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
SPRYCEL ORAL TABLET (*dasatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (*nilotinib hcl*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS - DRUGS FOR CANCER**		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*blinatumomab*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (*glofitamab-gxbm*)	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*elranatamab-bcmm*)	3	PA; LD
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION (*epcoritamab-bysp*)	3	PA; LD
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tarlatamab-dlle*)	3	PA; LD; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION (*tebentafusp-tebn*)	3	PA; LD
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION (*mosunetuzumab-axgb*)	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION (*talquetamab-tgvs*)	3	PA; LD
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*teclistamab-cqyv*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (*encorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*tovorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (8 bottles per 28 days); OC
OJEMDA ORAL TABLET (*tovorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE (*dabrafenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE (*dabrafenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (15 tablets per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET (*vemurafenib*)	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (*zanubrutinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET (*acalabrutinib maleate*)	2; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG (*pirtobrutinib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG (*pirtobrutinib*)	3; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (*cetuximab*)	3	PA; LD; SP
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
gefitinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GILOTRIF ORAL TABLET (*afatinib dimaleate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IRESSA ORAL TABLET (*gefitinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG (*lazertinib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG (*lazertinib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (*necitumumab*)	3	LD; SP
TAGRISSO ORAL TABLET (*osimertinib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TARCEVA ORAL TABLET (*erlotinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION (*panitumumab*)	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET (*dacomitinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (*erdafitinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (*erdafitinib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (*erdafitinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*futibatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*futibatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*futibatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG (*pemigatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEMAZYRE ORAL TABLET 4.5 MG, 9 MG (*pemigatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 21 days); OC
ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (*nirogacestat hydrobromide*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG (*nirogacestat hydrobromide*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (*glasdegib maleate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (*glasdegib maleate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (*vismodegib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ODOMZO ORAL CAPSULE (*sonidegib phosphate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
WELIREG ORAL TABLET (*belzutifan*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*belinostat*)	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*romidepsin*)	3	PA; LD; SP
romidepsin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE (*vorinostat*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
AKEEGA ORAL TABLET (*niraparib-abiraterone acetate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS - DRUGS FOR CANCER**		
POMALYST ORAL CAPSULE (*pomalidomide*)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
KRAZATI ORAL TABLET (*adagrasib*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG (*sotorasib*)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP; OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG (*sotorasib*)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG (*sotorasib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
COTELLIC ORAL TABLET (*cobimetinib fumarate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (*selumetinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (*selumetinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
MEKTOVI ORAL TABLET (*binimetinib*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MENIN INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG (*revumenib citrate*)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG (*revumenib citrate*)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TABRECTA ORAL TABLET (*capmatinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET (*tepotinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TAZVERIK ORAL TABLET (*tazemetostat hbr*)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE (*everolimus*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
AFINITOR ORAL TABLET (*everolimus*)	3; OC	PA; LD; SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus oral tablet soluble	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*sirolimus protein-bound part*)	3	PA; LD
temsirolimus intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (*temsirolimus*)	3	PA; LD; SP
everolimus (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CABOMETYX ORAL TABLET (*cabozantinib s-malate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (*vandetanib*)	2; OC	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (*vandetanib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE (*tivozanib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
lapatinib ditosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET (*neratinib maleate*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
NEXAVAR ORAL TABLET (*sorafenib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
pazopanib hcl oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
QINLOCK ORAL TABLET (*ripretinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
RYDAPT ORAL CAPSULE (*midostaurin*)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
sorafenib tosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET (*regorafenib*)	2; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
sunitinib malate oral capsule	1 or 1b*; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUTENT ORAL CAPSULE (*sunitinib malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
TURALIO ORAL CAPSULE (*pexidartinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
TYKERB ORAL TABLET (*lapatinib ditosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
VANFLYTA ORAL TABLET (*quizartinib dihydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VOTRIENT ORAL TABLET (*pazopanib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
XOSPATA ORAL TABLET (*gilteritinib fumarate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION (*amivantamab-vmjw*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AYVAKIT ORAL TABLET (*avapritinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg	3	PA; LD; SP
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	1 or 1b*	PA; LD; SP
BORUZU INJECTION SOLUTION (*bortezomib*)	3	PA; SP
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*carfilzomib*)	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE (*ixazomib citrate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 28 days); SP; OC
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*bortezomib*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
GAVRETO ORAL CAPSULE (*pralsetinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (*selpercatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG (*selpercatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG (*repotrectinib*)	3; OC	QL (2 capsules per 1 day); OC
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (*repotrectinib*)	3; OC	PA; LD; QL (8 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG (*entrectinib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG (*entrectinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL PACKET (*entrectinib*)	3; OC	PA; LD; QL (12 packets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (*larotrectinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (*larotrectinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL SOLUTION (*larotrectinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 1 week); OC
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (*selinexor*)	3; OC	PA; LD; QL (32 tablets per 28 weeks); OC
ANTINEOPLASTIC ANTIBIOTICS - DRUGS FOR CANCER**		
adriamycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
bleomycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
dactinomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION (*doxorubicin hcl liposomal*)	3	PA; LD; SP
doxorubicin hcl intravenous solution	3	LD; SP
doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension	1 or 1b*	PA; LD; SP
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION (*epirubicin hcl*)	3	PA; LD; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (*idarubicin hcl*)	3	LD; SP
idarubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (*mitomycin*)	3	PA; LD
mitomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mitomycin intravesical solution prefilled syringe	3	LD
mitoxantrone hcl intravenous concentrate	1 or 1b*	LD; SP
mutamycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
valrubicin intravesical solution	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (*valrubicin*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY - DRUGS FOR CANCER**		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (*ibritumomab tiuxetan for y-90*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES - DRUGS FOR CANCER**		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (*mirvetuximab soravtansine-gynx*)	3	PA; LD
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fam-trastuzumab deruxtec-nxki*)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ado-trastuzumab emtansine*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*daratumumab-hyaluronidase-fihj*)	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*trastuzumab-hyaluronidase-oysk*)	3	LD; SP
INQOVI ORAL TABLET (*decitabine-cedazuridine*)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET (*trifluridine-tipiracil*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf*)	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*rituximab-hyaluronidase human*)	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*atezolizumab-hyaluronidas-tqjs*)	3	PA; LD; SP
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*daunorubicin-cytarabine lipo*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC ENZYMES - DRUGS FOR CANCER**		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (*calaspargase pegol-mknl*)	3	PA; LD
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (*pegaspargase*)	3	PA; LD
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*asparaginase erwinia chry-rywn*)	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 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (*melphalan hcl*)	3	LD
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ifosfamide*)	3	LD; SP
ifosfamide intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	LD; SP
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	LD; SP
LEUKERAN ORAL TABLET (*chlorambucil*)	2; OC	LD; OC
melphalan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
NITROSOUREAS - DRUGS FOR CANCER**		
carmustine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (*lomustine*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (*carmustine in polifeprosan*)	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*streptozocin*)	3	LD; SP
OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imetelstat sodium*)	3	PA; LD
ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IWILFIN ORAL TABLET (*eflornithine hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
OTOPROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (*sodium thiosulfate*)	3	PA; LD
PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*copanlisib hcl*)	3	PA; LD
COPIKTRA ORAL CAPSULE (*duvelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG (*inavolisib*)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG (*inavolisib*)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYDELIG ORAL TABLET (*idelalisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
LYNPARZA ORAL TABLET (*olaparib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (*rucaparib camsylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (*talazoparib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (*niraparib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC - DRUGS FOR CANCER**		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*; OC	LD; OC
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
RETINOIDS - DRUGS FOR CANCER**		
tretinoin oral capsule	1 or 1b*; OC	LD; OC
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS - DRUGS FOR CANCER**		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
bexarotene oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TARGRETIN ORAL CAPSULE (*bexarotene*)	3; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TETRAHYDROISOQUINOLINES - DRUGS FOR CANCER**		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trabectedin*)	3	LD; SP
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*sacituzumab govitecan-hziy*)	3	PA; LD
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (*irinotecan hcl*)	3	LD; SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*topotecan hcl*)	3	LD; SP
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (*topotecan hcl*)	2; OC	PA; LD; SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
irinotecan hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (*irinotecan hcl liposome*)	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
topotecan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
mesna intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (*mesna*)	3	PA; LD
MESNEX ORAL TABLET (*mesna*)	2	PA; LD
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALYMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab-maly*)	3	PA; LD; SP
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab*)	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (*ramucirumab*)	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG (*fruquintinib*)	3; OC	PA; LD; QL (84 capsules per 28 days); OC
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG (*fruquintinib*)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (*axitinib*)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (*axitinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab-awwb*)	3	PA; LD; SP
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab-adcd*)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (*ziv-aflibercept*)	3	PA; LD; SP
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab-bvzr*)	3	PA; LD; SP
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR PARKINSON**		
NOURIANZ ORAL TABLET (*istradefylline*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*	
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*	
ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
bromocriptine mesylate oral tablet	1 or 1b*	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (*amantadine hcl*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (*amantadine hcl*)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (*levodopa*)	4	PA; LD; QL (5 kits per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*amantadine hcl*)	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE (*bromocriptine mesylate*)	3	
PARLODEL ORAL TABLET (*bromocriptine mesylate*)	3	
ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (*rasagiline mesylate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (*rasagiline mesylate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 1 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
selegiline hcl oral capsule	1 or 1b*	
selegiline hcl oral tablet	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (*safinamide mesylate*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (*safinamide mesylate*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (*selegiline hcl*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
TASMAR ORAL TABLET (*tolcapone*)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
tolcapone oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
DECARBOXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa oral tablet	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (*carbidopa*)	3	
LEVODOPA COMBINATIONS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet	1 or 1b*	
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 35-140 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (15 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 52.5-210 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (10 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 70-280 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (7 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 87.5-350 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (6 capsules per 1 day)
DHIVY ORAL TABLET (*carbidopa-levodopa*)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (*carbidopa-levodopa*)	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (*carbidopa-levodopa*)	3	
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION (*foslevodopa-foscarbidopa*)	3	PA; QL (6 cartons per 28 days)
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*apomorphine hcl*)	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*pramipexole dihydrochloride*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (*rotigotine*)	3	QL (1 patch per 1 day)
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
entacapone oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (*opicapone*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (*opicapone*)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg	1 or 1a*	DO
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	DO
lithium oral solution	1 or 1b*	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*lithium carbonate*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ANTIPSYCHOTICS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG (*lumateperone tosylate*)	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG (*lumateperone tosylate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (*carbamazepine (antipsychotic)*)	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (*carbamazepine (antipsychotic)*)	3	QL (5 capsules per 1 day)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*ziprasidone mesylate*)	3	AL; QL (6 vials per 28 days)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG (*ziprasidone hcl*)	3	ST; DO
GEODON ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (*ziprasidone hcl*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG (*lurasidone hcl*)	3	AL; QL (1 tablet per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (*lurasidone hcl*)	3	DO; AL
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (*lurasidone hcl*)	3	AL; QL (2 tablets per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO; AL
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUPLAZID ORAL CAPSULE (*pimavanserin tartrate*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (*pimavanserin tartrate*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (*cariprazine hcl*)	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (*cariprazine hcl*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; AL
ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 capsules per 1 day)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL (6 vials per 28 days)
BENZISOXAZOLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1 kit per 180 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG (*iloperidone*)	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (*iloperidone*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (*iloperidone*)	3	ST; QL (1 pack per 1 year)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG (*paliperidone*)	3	ST; DO
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG (*paliperidone*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 9 MG (*paliperidone*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO; AL
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*risperidone*)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG (*risperidone microspheres*)	3	AL; QL (2 injections per 1 day)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (*risperidone microspheres*)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
RISPERDAL ORAL SOLUTION (*risperidone*)	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (*risperidone*)	3	ST; DO
RISPERDAL ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (*risperidone*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er	1 or 1b*	AL; QL (2 injections per 28 days)
risperidone oral solution	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*risperidone*)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*risperidone*)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
BUTYROPHENONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML (*haloperidol decanoate*)	3	AL; QL (5 injections per 30 days)
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/ML (*haloperidol decanoate*)	3	AL; QL (5 ampules per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
haloperidol lactate injection solution	1 or 1b*	AL
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
DIBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
clozapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO; AL

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG (*clozapine*)	3	AL; QL (9 tablets per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 25 MG (*clozapine*)	3	DO; AL
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (*clozapine*)	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
DIBENZO-OXEPINO PYRROLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG (*asenapine maleate*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG (*asenapine maleate*)	3	ST; DO
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (*asenapine*)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
DIBENZOTHIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	DO; AL
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
quetiapine fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (*quetiapine fumarate*)	3	ST; DO
SEROQUEL ORAL TABLET 300 MG, 400 MG (*quetiapine fumarate*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (*quetiapine fumarate*)	3	ST; DO
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG, 50 MG (*quetiapine fumarate*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DIBENZOXAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*loxapine*)	3	AL
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
loxapine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
DIHYDROINDOLONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
molindone hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUSCARINIC AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
COBENFY ORAL CAPSULE (*xanomeline-trospium chloride*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*xanomeline-trospium chloride*)	3	ST; QL (1 pack per 6 months)
PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 30 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (26 mL per 1 day)
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
compro rectal suppository	1 or 1b*	AL
fluphenazine decanoate injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 16 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
perphenazine oral tablet 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
prochlorperazine edisylate injection solution	1 or 1b*	AL
prochlorperazine maleate oral tablet	1 or 1a*	AL
prochlorperazine rectal suppository	1 or 1b*	AL
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
thioridazine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
QUINOLINONE DERIVATIVES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*aripiprazole*)	3	AL; QL (1 injection per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*aripiprazole*)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*aripiprazole*)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (*aripiprazole w/ sens-strip-pod*)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (*aripiprazole w/ sens-strip-pod*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (*aripiprazole w/ sens-strip-pod*)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (*aripiprazole w/ sens-strip-pod*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (*aripiprazole*)	3	ST; DO
ABILIFY ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (*aripiprazole*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral solution	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*aripiprazole lauroxil*)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (*aripiprazole lauroxil*)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (*aripiprazole lauroxil*)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG (*aripiprazole*)	3	AL; QL (3 films per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG (*aripiprazole*)	3	DO; AL
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (*brexpiprazole*)	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (*brexpiprazole*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 20 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*olanzapine*)	3	AL; QL (3 injections per 1 fill)
ZYPREXA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (*olanzapine*)	3	ST; DO
ZYPREXA ORAL TABLET 15 MG, 20 MG (*olanzapine*)	3	ST; QL (1 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG (*olanzapine pamoate*)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG (*olanzapine pamoate*)	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG (*olanzapine*)	3	ST; DO
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (*olanzapine*)	3	ST; QL (1 tablets per 1 day)
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE 20 MG (*olanzapine*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIOXANTHENES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
formaldehyde external solution 10 %	1 or 1b*	
CHLORINE ANTISEPTICS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
IODINE ANTISEPTICS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET (*bictegravir-emtricitab-tenofov*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML (*cabotegravir & rilpivirine*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML (*cabotegravir & rilpivirine*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)
CIMDUO ORAL TABLET (*lamivudine-tenofovir*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
COMPLERA ORAL TABLET (*emtricitab-rilpivir-tenofovir*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (*doravirin-lamivudin-tenofov df*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (*emtricitabine-tenofovir af*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (*emtricitabine-tenofovir af*)	2; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (*dolutegravir-lamivudine*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET (*atazanavir-cobicistat*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (*elviteg-cobic-emtricit-tenofaf*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET (*dolutegravir-rilpivirine*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL SOLUTION (*lopinavir-ritonavir*)	3	LD; QL (16 mL per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (*lopinavir-ritonavir*)	3	LD; QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (*lopinavir-ritonavir*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
lamivudine-zidovudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral solution	1 or 1b*	LD; QL (16 mL per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	1 or 1b*	LD; QL (10 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET (*emtricitab-rilpivir-tenofov af*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
PREZCOBIX ORAL TABLET (*darunavir-cobicistat*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (*elviteg-cobic-emtricit-tenofdf*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI LO ORAL TABLET (*efavirenz-lamivudine-tenofovir*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI ORAL TABLET (*efavirenz-lamivudine-tenofovir*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (*darun-cobic-emtricit-tenofaf*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (*abacavir-dolutegravir-lamivud*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
TRUVADA ORAL TABLET (*emtricitabine-tenofovir df*)	3	ST; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (*lenacapavir sodium*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lenacapavir sodium*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
maraviroc oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION (*maraviroc*)	3	LD; QL (62 mL per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET (*maraviroc*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (*ibalizumab-uiyk*)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)
ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*enfuvirtide*)	2	PA; LD; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*fostemsavir tromethamine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (*cabotegravir*)	3	LD; QL (1 vial per 2 monthss)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APTIVUS ORAL CAPSULE (*tipranavir*)	2	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 300 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 day)
darunavir oral tablet 600 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
darunavir oral tablet 800 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
fosamprenavir calcium oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (*ritonavir*)	3	LD; QL (12 packets per 1 day)
NORVIR ORAL TABLET (*ritonavir*)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (*darunavir*)	2	LD; QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (*darunavir*)	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG (*darunavir*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (*darunavir*)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (*darunavir*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG (*atazanavir sulfate*)	3	LD; QL (2 capsules per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG (*atazanavir sulfate*)	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (*atazanavir sulfate*)	2	LD; QL (5 packets per 1 day)
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (*nelfinavir mesylate*)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (*nelfinavir mesylate*)	2	LD; QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EDURANT ORAL TABLET (*rilpivirine hcl*)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
etravirine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
etravirine oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (*etravirine*)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (*etravirine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (*etravirine*)	2	PA; LD; QL (16 tablets per 1 day)
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
nevirapine oral suspension	1 or 1b*	LD; QL (40 mL per 1 day)
nevirapine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET (*doravirine*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate oral solution	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
abacavir sulfate oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ZIAGEN ORAL SOLUTION (*abacavir sulfate*)	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
emtricitabine oral capsule	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL CAPSULE (*emtricitabine*)	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (*emtricitabine*)	2	LD; QL (29 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL SOLUTION (*lamivudine*)	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (*lamivudine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (*lamivudine*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine oral solution	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
lamivudine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
lamivudine oral tablet 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (*zidovudine*)	2	LD
RETROVIR ORAL CAPSULE (*zidovudine*)	3	LD; QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP (*zidovudine*)	3	LD; QL (64 mL per 1 day)
zidovudine oral capsule	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day)
zidovudine oral syrup	1 or 1b*	LD; QL (64 mL per 1 day)
zidovudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (*tenofovir disoproxil fumarate*)	2	LD; QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (*tenofovir disoproxil fumarate*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (*tenofovir disoproxil fumarate*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TYBOST ORAL TABLET (*cobicistat*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (*nirmatrelvir-ritonavir*)	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (*nirmatrelvir-ritonavir*)	3	QL (1 pack per 90 days)
CMV AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	LD
foscarnet sodium intravenous solution	1 or 1b*	LD
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (*foscarnet sodium*)	3	LD
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	4	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	4	LD; SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	4	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (*maribavir*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (*letermovir*)	4	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (*letermovir*)	4	PA; LD; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*valganciclovir hcl*)	3	LD
VALCYTE ORAL TABLET (*valganciclovir hcl*)	3	LD
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	LD
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	LD
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (*entecavir*)	4	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
BARACLUDE ORAL TABLET (*entecavir*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
entecavir oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (*tenofovir alafenamide fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
acyclovir oral suspension	1 or 1b*	
acyclovir oral tablet	1 or 1b*	
acyclovir sodium intravenous solution	1 or 1b*	
SITAVIG BUCCAL TABLET (*acyclovir*)	3	PA; QL (1 tablet per 30 days)
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
valacyclovir hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
VALTREX ORAL TABLET 1 GM (*valacyclovir hcl*)	3	QL (30 tablets per 1 fill)
VALTREX ORAL TABLET 500 MG (*valacyclovir hcl*)	3	QL (60 tablets per 30 days)
HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
famciclovir oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
INFLUENZA AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
MISC. ANTIVIRALS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (*molnupiravir*)	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (*brincidofovir*)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (*brincidofovir*)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (*tecovirimat*)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (*tecovirimat*)	3	
NEURAMINIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (20 Ml per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (*peramivir*)	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*zanamivir*)	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (*oseltamivir phosphate*)	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (*oseltamivir phosphate*)	3	QL (10 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*oseltamivir phosphate*)	3	QL (180 ML per 90 days)
PA ENDONUCLEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*baloxavir marboxil*)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*baloxavir marboxil*)	3	QL (1 dose pack per 90 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
ribavirin inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (*ribavirin*)	3	
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ALPHA-BETA BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 20 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 40 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (*carvedilol phosphate*)	3	DO
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (*carvedilol phosphate*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG (*carvedilol phosphate*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG (*carvedilol phosphate*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (*carvedilol*)	3	DO
COREG ORAL TABLET 25 MG (*carvedilol*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml	3	
labetalol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	DO
labetalol hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
labetalol hcl oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl*)	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
propranolol hcl oral solution	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
sotalol hcl (af) oral tablet	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (*sotalol hcl*)	3	
timolol maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (*nicardipine hcl in nacl*)	3	
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (*diltiazem hcl coated beads*)	3	DO
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (*diltiazem hcl coated beads*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (*diltiazem hcl coated beads*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG (*diltiazem hcl coated beads*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (*diltiazem hcl*)	3	DO
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (*diltiazem hcl*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (*diltiazem hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (*diltiazem hcl*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (*diltiazem hcl*)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (*diltiazem hcl*)	3	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INOTROPES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
dobutamine hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate intravenous solution	1 or 1b*	
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (*amlodipine-atorvastatin*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (*amlodipine-atorvastatin*)	3	DO
CARDIAC MYOSIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (*mavacamten*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
CARDIOVASCULAR ANTI-INFLAMMATORY/IMMUNE MODULATORS - DRUGS FOR THE HEART**		
LODOCO ORAL TABLET (*colchicine*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***CARDIOVASCULAR SGLT2 INHIBITORS** - DRUGS FOR THE HEART**		
INPEFA ORAL TABLET (*sotagliflozin*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (*sacubitril-valsartan*)	3	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET (*sacubitril-valsartan*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
BIDIL ORAL TABLET (*isosorb dinitrate-hydralazine*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
OPSYNVI ORAL TABLET (*macitentan-tadalafil*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (*alprostadil (vasodilator)*)	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (*alprostadil (vasodilator)*)	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (*alprostadil (vasodilator)*)	3	PA
PROSTAGLANDIN VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
AURLUMYN INTRAVENOUS SOLUTION (*iloprost*)	4	
epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*epoprostenol sodium*)	4	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*treprostinil diolamine*)	4	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (*treprostinil*)	4	PA; LD; SP
treprostinil injection solution	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*epoprostenol sodium*)	4	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (*iloprost*)	4	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ADEMPAS ORAL TABLET (*riociguat*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR - DRUGS FOR THE HEART**		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (*sotatercept-csrk*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ambrisentan oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
bosentan oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
LETAIRIS ORAL TABLET (*ambrisentan*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (*macitentan*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET (*bosentan*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (*bosentan*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ADCIRCA ORAL TABLET (*tadalafil (pah)*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
alyq oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION (*sildenafil citrate*)	4	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
REVATIO ORAL TABLET (*sildenafil citrate*)	4	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
sildenafil citrate intravenous solution	4	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	4	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	4	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
tadalafil (pah) oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (*tadalafil (pah)*)	4	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*selexipag*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (*selexipag*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (*selexipag*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
avanafil oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (*tadalafil*)	3	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (*tadalafil*)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
STENDRA ORAL TABLET (*avanafil*)	3	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet	3	PA
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
VIAGRA ORAL TABLET (*sildenafil citrate*)	3	PA
***SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART**		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (*dehydrated alcohol*)	3	
***SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CORLANOR ORAL SOLUTION (*ivabradine hcl*)	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET (*ivabradine hcl*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ivabradine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TRANSTHYRETIN STABILIZERS - DRUGS FOR THE HEART**		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (*tafamidis*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (*tafamidis meglumine (cardiac)*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR ANGINA**		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (*vericiguat*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VERQUVO ORAL TABLET 2.5 MG (*vericiguat*)	3	PA; QL (1 tablets per 1 day)
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CEPHALOSPORIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ceftazidime-avibactam*)	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ceftolozane-tazobactam*)	3	
CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefadroxil oral tablet	1 or 1b*	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cephalexin oral capsule	1 or 1a*	
cephalexin oral suspension reconstituted	1 or 1a*	
cephalexin oral tablet	1 or 1a*	
CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION - ANTIBIOTICS**		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
cefaclor oral capsule	1 or 1b*	
cefaclor oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*cefotetan disodium*)	3	
cefotetan disodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cefprozil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefprozil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime axetil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefdinir oral capsule	1 or 1b*	
cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefixime oral capsule	1 or 1b*	
cefixime oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefotaxime sodium injection solution reconstituted	3	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefpodoxime proxetil oral tablet	1 or 1b*	
ceftazidime injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftazidime intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	QL (3000 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
tazicef injection solution reconstituted	1 or 1b*	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (*ceftazidime sodium in dextrose*)	3	
tazicef intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefepime hcl injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ceftaroline fosamil*)	3	
CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES - ANTIBIOTICS**		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cefiderocol sulfate tosylate*)	3	
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN**		
BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
azurette oral tablet	1 or 1b*; $0	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
kariva oral tablet	1 or 1b*; $0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (*norethin-eth estrad-fe biphas*)	2	$0
pimtrea oral tablet	1 or 1b*; $0	
simliya oral tablet	1 or 1b*; $0	
viorele oral tablet	1 or 1b*; $0	
volnea oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
afirmelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
altavera oral tablet	1 or 1a*; $0	
alyacen 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
apri oral tablet	1 or 1a*; $0	
aubra eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aviane oral tablet	1 or 1a*; $0	
ayuna oral tablet	1 or 1a*; $0	
BALCOLTRA ORAL TABLET (*levonorgest-eth estrad-fe bisg*)	3	
balziva oral tablet	1 or 1a*; $0	
BEYAZ ORAL TABLET (*drospiren-eth estrad-levomefol*)	3	
blisovi 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
briellyn oral tablet	1 or 1a*; $0	
charlotte 24 fe oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
chateal eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
cryselle-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
cyred eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
dasetta 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
delyla oral tablet	1 or 1a*; $0	
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet	1 or 1b*; $0	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
elinest oral tablet	1 or 1a*; $0	
enskyce oral tablet	1 or 1a*; $0	
estarylla oral tablet	1 or 1a*; $0	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet	1 or 1a*; $0	
falmina oral tablet	1 or 1a*; $0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE (*norethindrone acet-ethinyl est*)	3	$0
norethin ace-eth estrad-fe (Finzala Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
gemmily oral capsule	1 or 1b*; $0	
hailey 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
isibloom oral tablet	1 or 1a*; $0	
jasmiel oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad-fe bisg (Joyeaux Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
juleber oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 24 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kaitlib fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
kalliga oral tablet	1 or 1a*; $0	
kelnor 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kelnor 1/50 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kurvelo oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
layolis fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
lessina oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
levora 0.15/30 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1.5/30 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1/20 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loryna oral tablet	1 or 1b*; $0	
low-ogestrel oral tablet	1 or 1a*; $0	
lo-zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lutera oral tablet	1 or 1a*; $0	
marlissa oral tablet	1 or 1a*; $0	
merzee oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	
microgestin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
mili oral tablet	1 or 1a*; $0	
mono-linyah oral tablet	1 or 1a*; $0	
necon 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (*drospirenone-estetrol*)	3	$0
nikki oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
ocella oral tablet	1 or 1b*; $0	
philith oral tablet	1 or 1a*; $0	
portia-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
reclipsen oral tablet	1 or 1a*; $0	
SAFYRAL ORAL TABLET (*drospiren-eth estrad-levomefol*)	3	
sprintec 28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
sronyx oral tablet	1 or 1a*; $0	
syeda oral tablet	1 or 1b*; $0	
tarina 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
tarina fe 1/20 eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
taysofy oral capsule	1 or 1b*; $0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE (*norethin ace-eth estrad-fe*)	3	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (*levonorgestrel-ethinyl estrad*)	3	$0
tydemy oral tablet	1 or 1b*; $0	
vestura oral tablet	1 or 1b*; $0	
vienva oral tablet	1 or 1a*; $0	
vyfemla oral tablet	1 or 1a*; $0	
vylibra oral tablet	1 or 1a*; $0	
wera oral tablet	1 or 1a*; $0	
wymzya fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
YASMIN 28 ORAL TABLET (*drospirenone-ethinyl estradiol*)	3	
YAZ ORAL TABLET (*drospirenone-ethinyl estradiol*)	3	
zovia 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*levonorgestrel-eth estradiol*)	3	$0
xulane transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
zafemy transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ANNOVERA VAGINAL RING (*segesterone-ethinyl estradiol*)	3	$0
eluryng vaginal ring	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring)	1 or 1b*; $0	
NUVARING VAGINAL RING (*etonogestrel-ethinyl estradiol*)	3	
CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
amethyst oral tablet	1 or 1b*; $0	
dolishale oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg	1 or 1b*; $0	
COPPER CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*copper*)	3	
EMERGENCY CONTRACEPTIVES - BIRTH CONTROL PILLS**		
aftera oral tablet	1 or 1b*; $0	
afterpill oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CURAE ORAL TABLET (*levonorgestrel*)	1 or 1b*; $0	
econtra one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
ELLA ORAL TABLET (*ulipristal acetate*)	3; $0	
HER STYLE ORAL TABLET (*levonorgestrel*)	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel oral tablet	1 or 1b*; $0	
my choice oral tablet	1 or 1b*; $0	
my way oral tablet	1 or 1b*; $0	
new day oral tablet	1 or 1b*; $0	
opcicon one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
option 2 oral tablet	1 or 1b*; $0	
react oral tablet	1 or 1b*; $0	
take action oral tablet	1 or 1b*; $0	
EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ashlyna oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese oral tablet	1 or 1b*; $0	
daysee oral tablet	1 or 1b*; $0	
iclevia oral tablet	1 or 1b*; $0	
introvale oral tablet	1 or 1b*; $0	
jaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
jolessa oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth est & eth est oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet	1 or 1b*; $0	
lojaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
rivelsa oral tablet	1 or 1b*; $0	
setlakin oral tablet	1 or 1b*; $0	
simpesse oral tablet	1 or 1b*; $0	
FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
NATAZIA ORAL TABLET (*estradiol valerate-dienogest*)	3	$0
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS - BIRTH CONTROL PILLS**		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (*etonogestrel*)	4	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE - BIRTH CONTROL PILLS**		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*medroxyprogesterone acetate*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*medroxyprogesterone acetate*)	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*medroxyprogesterone acetate*)	3; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension	1 or 1b*; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe	1 or 1b*; $0	
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	4	LD; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	3	LD; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	3	LD; SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	3	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
camila oral tablet	1 or 1b*; $0	
deblitane oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
errin oral tablet	1 or 1b*; $0	
heather oral tablet	1 or 1b*; $0	
incassia oral tablet	1 or 1b*; $0	
jencycla oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyleq oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyza oral tablet	1 or 1b*; $0	
nora-be oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone oral tablet	1 or 1b*; $0	
norlyroc oral tablet	1 or 1b*; $0	
OPILL ORAL TABLET (*norgestrel*)	2; $0	
sharobel oral tablet	1 or 1b*; $0	
SLYND ORAL TABLET (*drospirenone*)	3	$0
TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
alyacen 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aranelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
dasetta 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
enpresse-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
leena oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
levonest oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1b*; $0	
nortrel 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
tilia fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-estarylla oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-legest fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-linyah oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-estarylla oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-marzia oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-mili oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-mili oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
trivora (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
tri-vylibra lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-vylibra oral tablet	1 or 1b*; $0	
velivet oral tablet	1 or 1a*; $0	
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES**		
GLUCOCORTICOSTEROIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
AGAMREE ORAL SUSPENSION (*vamorolone*)	4	PA; LD; QL (7.5 mL per 1 day)
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (*hydrocortisone*)	3	PA
budesonide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
budesonide oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET (*hydrocortisone*)	3	
cortisone acetate oral tablet	3	PA; QL (12 tablets per 1 day)
deflazacort oral suspension	4	PA; LD
deflazacort oral tablet	4	PA; LD
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (*methylprednisolone acetate*)	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (*dexamethasone*)	2	
dexamethasone oral elixir	1 or 1a*	
dexamethasone oral solution	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
dexamethasone oral tablet	1 or 1a*	
dexamethasone oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION (*deflazacort*)	4	PA; LD
EMFLAZA ORAL TABLET (*deflazacort*)	4	PA; LD
EOHILIA ORAL SUSPENSION (*budesonide*)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
HEMADY ORAL TABLET (*dexamethasone*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION (*triamcinolone hexacetonide*)	3	
hidex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
hydrocortisone oral tablet	1 or 1b*	
hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	3	
KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (*methylprednisolone*)	3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (*methylprednisolone*)	2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (*methylprednisolone*)	3	
methylprednisolone oral tablet	1 or 1a*	
methylprednisolone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (*prednisolone sodium phosphate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (*prednisolone sodium phosphate*)	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (*prednisolone sodium phosphate*)	3	
prednisolone oral solution	1 or 1a*	
prednisolone oral tablet	1 or 1b*	
prednisolone sodium phosphate oral solution	1 or 1a*	
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (*prednisone*)	3	
prednisone oral solution	1 or 1a*	
prednisone oral tablet	1 or 1a*	
prednisone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*prednisone*)	3	ST
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*hydrocortisone sod succinate*)	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*methylprednisolone sodium succ*)	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*methylprednisolone sodium succ*)	3	
taperdex 12-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 7-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*budesonide*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*budesonide*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*triamcinolone acetonide*)	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 knee)
MINERALOCORTICOIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	
STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (*betamethasone sod phos & acet*)	3	
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC - DRUGS FOR ALLERGIES**		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	
ANTITUSSIVE - OPIOID - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
HYCODAN ORAL SOLUTION (*hydrocodone bit-homatrop mbr*)	3	AL; QL (150 mL per 5 days)
HYCODAN ORAL TABLET (*hydrocodone bit-homatrop mbr*)	3	PA; QL (30 tablets per 5 days)
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
hydromet oral solution	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
ANTITUSSIVE-EXPECTORANT - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3	AL
g tussin ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
guaifenesin-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (*guaifenesin-codeine*)	2	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID (*guaifenesin-codeine*)	3	AL
ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	AL
TUSNEL C ORAL SYRUP (*pseudoephedrine-codeine-gg*)	2	PA; QL (200 mL per 5 days)
DECONGESTANT & ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*desloratadine-pseudoephedrine*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
promethazine vc oral syrup	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
promethazine-phenylephrine oral syrup	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
MISC. RESPIRATORY INHALANTS - DRUGS FOR ALLERGIES**		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 % (*sodium chloride*)	3	
sodium chloride (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	1 or 1b*	
sodium chloride (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
sodium chloride inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
MUCOLYTICS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
acetylcysteine inhalation solution	1 or 1b*	
NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
promethazine-dm oral syrup	1 or 1a*	QL (2 fills per 30 days)
NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup	1 or 1b*	
OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
promethazine-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 days)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*chlorpheniramine-codeine*)	3	AL; QL (10 tablets per 5 days)
OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID	2	AL; QL (150 mL per 5 days)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID	2	AL; QL (300 mL per 5 days)
PRO-RED AC ORAL SYRUP (*phenyleph-dexchlorphen-codeine*)	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID (*pseudoeph-bromphen-cod*)	2	AL; QL (450 mL per 5 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN**		
ACNE ANTIBIOTICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ACZONE EXTERNAL GEL (*dapsone*)	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
AMZEEQ EXTERNAL FOAM (*minocycline hcl micronized*)	3	ST; QL (30 grams per 30 days)
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (*clindamycin phosphate*)	3	ST; QL (4 mL per 1 day)
clindacin etz external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
clindamycin phosphate (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clindacin-p external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
CLINDAGEL EXTERNAL GEL (*clindamycin phosphate*)	3	ST; QL (75 ml/gm per 30 days)
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clindamycin phosphate external gel	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
clindamycin phosphate external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
clindamycin phosphate external solution	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
clindamycin phosphate external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
dapsone external gel	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
ery external pad	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
ERYGEL EXTERNAL GEL (*erythromycin*)	3	QL (60 grams per 30 days)
erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
erythromycin external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION (*sulfacetamide sodium (acne)*)	3	
sulfacetamide sodium (acne) external lotion	1 or 1b*	
ACNE COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ACANYA EXTERNAL GEL (*clindamycin phos-benzoyl perox*)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL (*benzoyl peroxide-erythromycin*)	3	ST; QL (46.6 grams per 30 days)
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
CABTREO EXTERNAL GEL (*adapalene-benzoyl per-clindamy*)	3	ST; QL (1.667 grams per 1 day)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
clindamycin-tretinoin external gel	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
EPIDUO EXTERNAL GEL (*adapalene-benzoyl peroxide*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL (*adapalene-benzoyl peroxide*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
neuac external gel	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ONEXTON EXTERNAL GEL (*clindamycin phos-benzoyl perox*)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TWYNEO EXTERNAL CREAM (*tretinoin-benzoyl peroxide*)	3	ST; QL (1 tube per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZIANA EXTERNAL GEL (*clindamycin-tretinoin*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
ACNE PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (*isotretinoin micronized*)	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (*isotretinoin*)	3	PA
accutane oral capsule	2	PA
adapalene external cream	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
adapalene external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene external pad	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (*trifarotene*)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
ALTRENO EXTERNAL LOTION (*tretinoin*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
amnesteem oral capsule	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (*tazarotene*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
ATRALIN EXTERNAL GEL (*tretinoin*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
AZELEX EXTERNAL CREAM (*azelaic acid*)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
claravis oral capsule	2	PA
DIFFERIN EXTERNAL CREAM (*adapalene*)	3	ST; QL (1.5 grams per 1 day)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 % (*adapalene*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
DIFFERIN EXTERNAL LOTION (*adapalene*)	3	ST; QL (59 mL per 30 days)
EPSOLAY EXTERNAL CREAM (*benzoyl peroxide*)	3	QL (50 grams per 30 days)
FABIOR EXTERNAL FOAM (*tazarotene*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
isotretinoin oral capsule	2	PA
RETIN-A EXTERNAL CREAM (*tretinoin*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A EXTERNAL GEL (*tretinoin*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL (*tretinoin microsphere*)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL (*tretinoin microsphere*)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TAZAROTENE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
tretinoin external cream	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel 0.08 %	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
WINLEVI EXTERNAL CREAM (*clascoterone*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
zenatane oral capsule	2	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (*sinecatechins*)	3	ST; QL (30 grams per 28 days)
AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS - DRUGS FOR THE SKIN**		
RENOVA EXTERNAL CREAM (*tretinoin (facial wrinkles)*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (*tretinoin (facial wrinkles)*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
LITFULO ORAL CAPSULE (*ritlecitinib tosylate*)	3	PA
ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (*neomycin-fluocinolone*)	3	
ANTIBIOTICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin calcium external cream	3	ST; QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (*miconazole-zinc oxide-petrolat*)	3	QL (50 grams per 30 days)
ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ciclodan external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
nystatin (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 1 %	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 2 %	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external gel	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NAFTIN EXTERNAL GEL (*naftifine hcl*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
nyamyc external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystatin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystop external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac epolamine external patch	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
diclofenac sodium external gel 1 %	1 or 1b*	BE; QL (1000 gm per 30 days)
diclofenac sodium external solution 1.5 %	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
diclofenac sodium external solution 2 %	3	ST; QL (224 gm per 30 days)
FLECTOR EXTERNAL PATCH (*diclofenac epolamine*)	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR (*diclofenac epolamine*)	3	ST; QL (1 topical system per 1 day)
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION (*diclofenac sodium*)	3	ST; QL (224 gm per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (*mechlorethamine hcl (topical)*)	3	PA; LD; QL (1 tube per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
CARAC EXTERNAL CREAM (*fluorouracil*)	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (*fluorouracil*)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
fluorouracil external cream	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
fluorouracil external solution	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (*fluorouracil*)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 3 %	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
PANRETIN EXTERNAL GEL (*alitretinoin*)	3	LD; SP
ANTIPRURITICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM (*doxepin hcl (antipruritic)*)	3	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ZONALON EXTERNAL CREAM (*doxepin hcl (antipruritic)*)	3	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC - DRUGS FOR THE SKIN**		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
acitretin oral capsule 25 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*bimekizumab-bkzx*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*bimekizumab-bkzx*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 56 days); SP
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 4 weekss); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tildrakizumab-asmn*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weekss); SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	LD; SP
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*brodalumab*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*risankizumab-rzaa*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*risankizumab-rzaa*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SOTYKTU ORAL TABLET (*deucravacitinib*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (*spesolimab-sbzo*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*spesolimab-sbzo*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*ixekizumab*)	4	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ixekizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 84 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
ANTIPSORIATICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external foam	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
calcitrene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcitriol external ointment	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
SORILUX EXTERNAL FOAM (*calcipotriene*)	3	QL (120 grams per 30 days)
tazarotene external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
tazarotene external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM (*tazarotene*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (*tazarotene*)	3	QL (100 grams per 30 days)
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT (*calcitriol*)	3	QL (800 grams per 28 days)
VTAMA EXTERNAL CREAM (*tapinarof*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (*roflumilast*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ANTISEBORRHEIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
selenium sulfide external lotion	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL FOAM (*roflumilast (antiseborrheic)*)	3	PA; QL (2 grams per 1 day)
ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
XERESE EXTERNAL CREAM (*acyclovir-hydrocortisone*)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
ANTIVIRALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (*penciclovir*)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL CREAM (*acyclovir*)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (*acyclovir*)	3	QL (30 gm per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
CIBINQO ORAL TABLET (*abrocitinib*)	4	PA; LD; QL (1 tablets per 1 day); SP
OPZELURA EXTERNAL CREAM (*ruxolitinib phosphate*)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE SKIN**		
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tralokinumab-ldrm*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tralokinumab-ldrm*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*dupilumab*)	4	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dupilumab*)	4	PA; LD; SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*lebrikizumab-lbkz*)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*lebrikizumab-lbkz*)	4	PA; QL (1 syringe per 28 days)
BURN PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
mafenide acetate external packet	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (*silver sulfadiazine*)	3	
silver sulfadiazine external cream	1 or 1a*	
ssd external cream	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (*mafenide acetate*)	3	
CORTICOSTEROIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ALA SCALP EXTERNAL LOTION (*hydrocortisone*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
ala-cort external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
amcinonide external cream	3	QL (2 grams per 1 day)
AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
APEXICON E EXTERNAL CREAM (*diflorasone diacet emoll base*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluocinolone acetonide body external oil	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide external solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
fluocinolone acetonide scalp external oil	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluocinonide emulsified base external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinonide external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
fluocinonide external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinonide external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinonide external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
flurandrenolide external cream	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
flurandrenolide external lotion	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
fluticasone propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluticasone propionate external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluticasone propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
halcinonide external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL CREAM (*halcinonide*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL OINTMENT (*halcinonide*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL SOLUTION (*halcinonide*)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
hydrocortisone butyrate external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external lotion	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
hydrocortisone butyrate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external solution	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone external lotion 2 %	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone external lotion 2.5 %	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
hydrocortisone external ointment 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone valerate external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone valerate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
IMPOYZ EXTERNAL CREAM (*clobetasol propionate*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION (*triamcinolone acetonide*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LEXETTE EXTERNAL FOAM (*halobetasol propionate*)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
LOCOID EXTERNAL LOTION (*hydrocortisone butyrate*)	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
mometasone furoate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
PANDEL EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone probutate*)	3	ST; QL (80 grams per 30 days)
SERNIVO EXTERNAL EMULSION (*betamethasone dipropionate*)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL CREAM (*fluocinolone acetonide*)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL OINTMENT (*fluocinolone acetonide*)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION (*hydrocortisone*)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL CREAM (*desoximetasone*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL GEL (*desoximetasone*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT (*desoximetasone*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID (*desoximetasone*)	3	ST; QL (100 mL per 30 days)
tovet external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external aerosol solution	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external lotion	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
triamcinolone in absorbase external ointment	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
triderm external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
ULTRAVATE EXTERNAL LOTION (*halobetasol propionate*)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
VANOS EXTERNAL CREAM (*fluocinonide*)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
DEPIGMENTING COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (*fluocin-hydroquinone-tretinoin*)	3	
EMOLLIENT/KERATOLYTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
xirun external gel	3	
ENZYMES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEXOBRID EXTERNAL GEL (*anacaulase-bcdb*)	3	PA; LD; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (*collagenase*)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*onabotulinumtoxina (cosmetic)*)	4	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*daxibotulinumtoxina-lanm*)	4	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*prabotulinumtoxina-xvfs (cosm)*)	3	
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole external cream	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (*econazole nitrate*)	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (*sertaconazole nitrate*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL CREAM (*sulconazole nitrate*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (*sulconazole nitrate*)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (*efinaconazole*)	3	QL (8 mL per 30 days)
ketoconazole external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
ketoconazole external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
ketoconazole external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ketodan external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
luliconazole external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (*luliconazole*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (*oxiconazole nitrate*)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
sulconazole nitrate external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
sulconazole nitrate external solution	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)
IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
imiquimod external cream 3.75 %	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
imiquimod external cream 5 %	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
imiquimod pump external cream	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (*imiquimod*)	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (*imiquimod*)	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (*imiquimod*)	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
INTERLEUKIN-31 RECEPTOR ANTAGONISTS - SYSTEMIC - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (*nemolizumab-ilto*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (*podofilox*)	3	ST; QL (7 grams per 28 days)
podofilox external gel	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
podofilox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (*cantharidin*)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
LINIMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
dyclopro external solution	3	
glydo external prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine external ointment 5 %	1 or 1b*	QL (5 grams per 1 day)
lidocaine external patch 5 %	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine hcl external solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	1 or 1b*	
LIDODERM EXTERNAL PATCH (*lidocaine*)	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH (*lidocaine*)	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ELIDEL EXTERNAL CREAM (*pimecrolimus*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
HYFTOR EXTERNAL GEL (*sirolimus*)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
pimecrolimus external cream	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
tacrolimus external ointment	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE) - DRUGS FOR THE SKIN**		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (*afamelanotide acetate*)	3	PA; LD; QL (1 implant per 2 monthss)
MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT (*tirbanibulin*)	3	
KLISYRI (350 MG) EXTERNAL OINTMENT (*tirbanibulin*)	3	
MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
MISC. TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
QBREXZA EXTERNAL PAD (*glycopyrronium tosylate*)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
SOFDRA EXTERNAL GEL (*sofpironium bromide*)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
tavaborole external solution	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (*crisaborole*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.15 % (*roflumilast (dermatologic)*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMELUZ EXTERNAL GEL (*aminolevulinic acid hcl*)	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*aminolevulinic acid hcl*)	3	
PROSTAGLANDINS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
bimatoprost external solution	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION (*bimatoprost*)	3	
ROSACEA AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
azelaic acid external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
brimonidine tartrate external gel	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
doxycycline oral capsule delayed release	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FINACEA EXTERNAL FOAM (*azelaic acid*)	2	QL (1.67 grams per 1 day)
ivermectin external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM (*metronidazole*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
METROGEL EXTERNAL GEL (*metronidazole*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
METROLOTION EXTERNAL LOTION (*metronidazole*)	3	ST; QL (59 mL per 30 days)
metronidazole external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external gel 0.75 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external gel 1 %	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
metronidazole external lotion	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL (*brimonidine tartrate*)	3	QL (30 grams per 30 days)
NORITATE EXTERNAL CREAM (*metronidazole*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*doxycycline*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
RHOFADE EXTERNAL CREAM (*oxymetazoline hcl*)	3	QL (30 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (*ivermectin*)	2	QL (45 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (*minocycline hcl micronized*)	2	QL (1 gram per 1 day)
SCABICIDES & PEDICULICIDES - DRUGS FOR THE SKIN**		
crotan external lotion	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ELIMITE EXTERNAL CREAM (*permethrin*)	3	QL (120 grams per 30 days)
malathion external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (*spinosad*)	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (*malathion*)	3	QL (4 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
permethrin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
spinosad external suspension	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
SCAR TREATMENT PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
COPASIL EXTERNAL GEL (*scar treatment products*)	3	
***SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN**		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (*hydrogen peroxide*)	3	
STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (*pramoxine-hc*)	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (*pramoxine-hc*)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (*pramoxine-hc*)	2	
TAR PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
coal tar external solution	1 or 1b*	
TISSUE REPLACEMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*amniotic membrane allograft*)	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM (*umbilical cord allograft*)	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK (*amniotic membrane allograft*)	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM (*amniotic membrane allograft*)	3	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*amniotic membrane allograft*)	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (*amniotic memb-fluid allograft*)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (*amniotic fluid allograft*)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (*skin allograft (human)*)	3	
TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PLIAGLIS EXTERNAL CREAM (*lidocaine-tetracaine*)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (*lidocaine hcl-blood collection*)	3	
TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
bexarotene external gel	1 or 1b*	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL (*bexarotene*)	3	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TOPICAL STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
calcipotriene-betameth diprop external suspension	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (*halobetasol prop-tazarotene*)	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (*calcipotriene-betameth diprop*)	3	QL (420 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (*calcipotriene-betameth diprop*)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
WYNZORA EXTERNAL CREAM (*calcipotriene-betameth diprop*)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
finasteride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET (*finasteride*)	3	
WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
REGRANEX EXTERNAL GEL (*becaplermin*)	3	QL (15 grams per 30 days)
WOUND CLEANSERS/DECUBITUS ULCER THERAPY - DRUGS FOR THE SKIN**		
LAVARE WOUND WASH EXTERNAL GEL	3	
WOUND DRESSINGS - DRUGS FOR THE SKIN**		
FILSUVEZ EXTERNAL GEL (*birch triterpenes*)	4	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (*hydroactive dressings*)	3	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
DIAGNOSTIC TESTS**		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ADVANCE INTUITION TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVANCE MICRO-DRAW TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX AMP TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX JAZZ TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX KEYNOTE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX PRESTO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 3 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 4 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II CHECK IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PLATINUM IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRISM MULTI TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BIOTEL CARE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
blood glucose test strips 333 in vitro strip	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARESENS N GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARETOUCH TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE MICRO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEVER CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR NEXT TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR PLUS TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
cvs true metrix glucose test in vitro strip	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DUO-CARE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY PLUS II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY STEP TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYGLUCO IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX 15 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO PLUS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT COMPACT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EQ BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EVOLUTION AUTOCODE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D15G BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA G30/PREM V10 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD20 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G ADVANCE PRO IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G/TN'G VOICE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V12 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE GD40 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE PREMIUM V10 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE TEST N GO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	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 (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GHT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCO PERFECT 3 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLUCOCARD EXPRESSION TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD SHINE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD VITAL TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD X-SENSOR IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCOM TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOSE METER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOODSENSE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IGLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY VOICE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
LIBERTY NEXT GENERATION TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	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 (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MICRODOT TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM EASY TOUCH GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MYGLUCOHEALTH TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NEUTEK 2TEK TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NOVA MAX GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONE DROP TEST IN VITRO STRIP	3	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
OPTIUMEZ TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	QL (204 strips per 30 days)
POCKETCHEM EZ TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST (*glucose blood*)	3	QL (200 tests per 30 days)
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
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 (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PTS PANELS EGLU TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUICKTEK TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION CONFIRM/MICRO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PREMIER TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PRIME TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION ULTIMA TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REXALL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMART SENSE PREMIUM TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMART SENSE VALUE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SOLUS V2 TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SUPREME TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
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 (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETEST TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
UNISTRIP1 GENERIC IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VIVAGUARD INO TEST STRIPS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
DIGESTIVE ENZYMES - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
SUCRAID ORAL SOLUTION (*sacrosidase*)	4	PA; LD; QL (360 mL per 30 days)
VIOKACE ORAL TABLET (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	3	QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	2	QL (25 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
acetazolamide oral tablet	1 or 1b*	
acetazolamide sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
dichlorphenamide oral tablet	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
KEVEYIS ORAL TABLET (*dichlorphenamide*)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	
spironolactone-hctz oral tablet	1 or 1b*	
triamterene-hctz oral capsule	1 or 1a*	
triamterene-hctz oral tablet	1 or 1a*	
LOOP DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET (*bumetanide*)	3	
EDECRIN ORAL TABLET (*ethacrynic acid*)	3	
ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT (*furosemide*)	4	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)
furosemide injection solution	1 or 1a*	
furosemide oral solution	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET (*furosemide*)	3	
SOAANZ ORAL TABLET (*torsemide*)	3	ST
torsemide oral tablet	1 or 1b*	
OSMOTIC DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
mannitol intravenous solution	1 or 1b*	
osmitrol intravenous solution	1 or 1b*	
POTASSIUM SPARING DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ALDACTONE ORAL TABLET (*spironolactone*)	3	
amiloride hcl oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (*spironolactone*)	3	
DYRENIUM ORAL CAPSULE (*triamterene*)	3	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	
triamterene oral capsule	1 or 1b*	
THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION (*chlorothiazide*)	3	
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
metolazone oral tablet	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET (*chlorthalidone*)	3	
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES**		
ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
MIFEPREX ORAL TABLET (*mifepristone*)	3	$0 for Fully insured members in California
mifepristone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	$0 for Fully insured members in California
ACID SPHINGOMYELINASE DEFICIENCY (ASMD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*olipudase alfa-rpcp*)	4	PA; LD; SP
ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*elapegademase-lvlr*)	4	PA; LD
ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*velmanase alfa-tycv*)	4	PA; LD
BISPHOSPHONATES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (*risedronate sodium*)	3	QL (0.04 tablets per 1 day)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (*risedronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
alendronate sodium oral solution	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*risedronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (*alendronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET (*alendronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (*alendronate-cholecalciferol*)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
ibandronate sodium intravenous solution	4	LD
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	4	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	4	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (*zoledronic acid*)	4	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
risedronate sodium oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
zoledronic acid intravenous concentrate	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	4	PA; LD; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	4	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
CALCIMIMETIC AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (*etelcalcetide hcl*)	4	PA; LD
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (*cinacalcet hcl*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (*cinacalcet hcl*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
CALCITONINS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitonin (salmon) injection solution	4	LD
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (*calcitonin (salmon)*)	4	LD
CARNITINE REPLENISHER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (*levocarnitine*)	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION (*levocarnitine*)	3	
CARNITOR ORAL TABLET (*levocarnitine*)	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (*levocarnitine*)	3	
levocarnitine intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
levocarnitine oral solution	1 or 1b*	
levocarnitine oral tablet	1 or 1b*	
levocarnitine sf oral solution	1 or 1b*	
CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XPHOZAH ORAL TABLET (*tenapanor hcl (ckd)*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CORTICOTROPIN - HORMONES**		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (*corticotropin*)	4	PA; LD; SP
ACTHAR INJECTION GEL (*corticotropin*)	4	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (*corticotropin*)	4	PA; LD; SP
CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS - HORMONES**		
ISTURISA ORAL TABLET (*osilodrostat phosphate*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
RECORLEV ORAL TABLET (*levoketoconazole*)	4	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
FABRY DISEASE - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (*pegunigalsidase alfa-iwxj*)	4	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*agalsidase beta*)	4	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (*migalastat hcl*)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alglucosidase alfa*)	4	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*avalglucosidase alfa-ngpt*)	4	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (*miglustat (gaa deficiency)*)	4	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cipaglucosidase alfa-atga*)	4	PA; LD; SP
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cetrorelix acetate subcutaneous kit	4	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (*cetrorelix acetate*)	4	PA; LD; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (*elagolix sodium*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (*elagolix sodium*)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR GROWTH**		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pegvisomant*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH**		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tesamorelin acetate*)	4	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
GROWTH HORMONES - DRUGS FOR GROWTH**		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*somatrogon-ghla*)	4	PA; LD; QL (4 pens per 28 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (*somatropin (non-refrigerated)*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (*somatropin (non-refrigerated)*)	4	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (*lonapegsomatropin-tcgd*)	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 (*lonapegsomatropin-tcgd*)	4	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*somapacitan-beco*)	4	PA; LD; QL (4 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
***HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XURIDEN ORAL PACKET (*uridine triacetate*)	3	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	4	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	4	PA; LD
NITYR ORAL TABLET (*nitisinone*)	4	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (*nitisinone*)	4	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (*nitisinone*)	4	PA; LD
HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
betaine oral powder	1 or 1b*	LD
CYSTADANE ORAL POWDER (*betaine*)	3	LD
HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE (*carglumic acid*)	4	PA; LD
carglumic acid oral tablet soluble	4	PA; LD
HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitriol intravenous solution	1 or 1b*	PA
calcitriol oral capsule	1 or 1b*	PA
calcitriol oral solution	1 or 1b*	PA
doxercalciferol intravenous solution	1 or 1b*	PA
doxercalciferol oral capsule	1 or 1b*	PA
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (*doxercalciferol*)	3	PA
paricalcitol intravenous solution	1 or 1b*	PA
paricalcitol oral capsule	1 or 1b*	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (*calcifediol*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ROCALTROL ORAL CAPSULE (*calcitriol*)	3	PA
ROCALTROL ORAL SOLUTION (*calcitriol*)	3	PA
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (*paricalcitol*)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (*paricalcitol*)	3	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYPOPARATHYROID TREATMENT - PARATHYROID HORMONE ANALOGS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*palopegteriparatide*)	4	PA; LD; QL (2 prefilled pens per 28 days)
HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (*asfotase alfa*)	4	PA; LD
INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R) - DRUGS FOR THYROID**		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*teprotumumab-trbw*)	4	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS) - HORMONES**		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (*mecasermin*)	4	PA; LD; SP
LEPTIN ANALOGUES - HORMONES**		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*metreleptin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS - DRUGS FOR WOMEN**		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (*leuprolide acetate (6 month)*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG (*leuprolide acetate*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (*leuprolide acetate*)	4	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 12 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (*leuprolide acetate (6 month)*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (*histrelin acetate*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (*nafarelin acetate*)	4	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*triptorelin pamoate*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 168 days)
LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (*sebelipase alfa*)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fosdenopterin hydrobromide*)	4	PA; LD
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (*laronidase*)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (*idursulfase*)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (*elosulfase alfa*)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (*galsulfase*)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (*vestronidase alfa-vjbk*)	4	PA; LD
NATRIURETIC PEPTIDES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*vosoritide*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
VEOZAH ORAL TABLET (*fezolinetant*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
KERENDIA ORAL TABLET (*finerenone*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (*follitropin beta*)	4	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*follitropin alfa*)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*follitropin alfa*)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*follitropin alfa*)	4	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*menotropins*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	4	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*choriogonadotropin alfa*)	4	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	4	PA; LD; SP
OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC - DRUGS FOR WOMEN**		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
clomiphene citrate oral tablet	1 or 1b*	PA
PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*teriparatide*)	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*abaloparatide*)	4	LD; QL (1 pen per 30 days); SP
PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Packet)	4	PA; LD
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet)	4	PA; LD
KUVAN ORAL PACKET (*sapropterin dihydrochloride*)	4	PA; LD; SP
KUVAN ORAL TABLET (*sapropterin dihydrochloride*)	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (*pegvaliase-pqpz*)	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (*pegvaliase-pqpz*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	4	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	4	PA; LD; SP
RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*denosumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*denosumab*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
SCLEROSTIN INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*romosozumab-aqqg*)	4	PA; LD; QL (2 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVISTA ORAL TABLET (*raloxifene hcl*)	3; $0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET (*ospemifene*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
JYNARQUE ORAL TABLET (*tolvaptan*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (*tolvaptan*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (*tolvaptan*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (*tolvaptan*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
tolvaptan oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
tolvaptan oral tablet 30 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
SOMATOSTATIC AGENTS - DRUGS FOR GROWTH**		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*octreotide acetate*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
octreotide acetate injection solution	4	PA; LD; SP
octreotide acetate intramuscular kit 20 mg	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
octreotide acetate intramuscular kit 30 mg	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (*octreotide acetate*)	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (*octreotide acetate*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (*octreotide acetate*)	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*pasireotide pamoate*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pasireotide diaspartate*)	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanreotide acetate*)	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
UREA CYCLE DISORDER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (*sod benz-sod phenylacet*)	3	
BUPHENYL ORAL POWDER (*sodium phenylbutyrate*)	3	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
BUPHENYL ORAL TABLET (*sodium phenylbutyrate*)	3	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (*estradiol*)	3	QL (52 grams per 30 days)
ESTRACE ORAL TABLET (*estradiol*)	3	
estradiol oral tablet	1 or 1b*	
estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
estradiol transdermal gel 1.25 mg/1.25gm	1 or 1b*	QL (30 packets per 30 days)
estradiol transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL (4 patches per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil	1 or 1b*	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL (*estradiol*)	3	QL (50 grams per 30 days)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (*estradiol*)	2	QL (16.2 mL per 30 days)
lyllana transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
MENEST ORAL TABLET (*esterified estrogens*)	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*estradiol*)	3	QL (4 patches per 28 days)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (*estradiol*)	3	QL (8 patch per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*estrogens conjugated*)	2	
PREMARIN ORAL TABLET (*estrogens conjugated*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (*estradiol*)	3	QL (8 patch per 28 days)
ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB - DRUGS FOR WOMEN**		
DUAVEE ORAL TABLET (*conj estrogens-bazedoxifene*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLUOROQUINOLONES - ANTIBIOTICS**		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*delafloxacin meglumine*)	3	
BAXDELA ORAL TABLET (*delafloxacin meglumine*)	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*ciprofloxacin*)	3	
CIPRO ORAL TABLET (*ciprofloxacin hcl*)	3	
ciprofloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin intravenous solution	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
levofloxacin oral solution	1 or 1b*	
levofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
balsalazide disodium oral capsule	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (*mesalamine*)	3	QL (1 suppository per 1 day)
COLAZAL ORAL CAPSULE (*balsalazide disodium*)	3	QL (9 capsule per 1 day)
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*mesalamine*)	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE (*olsalazine sodium*)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*mesalamine*)	3	ST; QL (4 tablet per 1 day)
mesalamine er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL (8 capsule per 1 day)
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
mesalamine oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
mesalamine rectal enema	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
mesalamine rectal suppository	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
mesalamine-cleanser rectal kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (*mesalamine*)	2	QL (16 capsule per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (*mesalamine*)	3	ST; QL (8 capsule per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT (*mesalamine-cleanser*)	3	QL (1 kit per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA (*mesalamine*)	3	QL (60 mL per 1 day)
sulfasalazine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
sulfasalazine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*vedolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*vedolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 2 weeks); SP
INTERLEUKIN ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION (*mirikizumab-mrkz*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 1 one-time fill); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*mirikizumab-mrkz*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*mirikizumab-mrkz*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (*risankizumab-rzaa*)	4	PA; LD; QL (30 mL 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*risankizumab-rzaa*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
INTESTINAL ACIDIFIERS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
enulose oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
generlac oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
lactulose encephalopathy oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
***LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH**		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (*fecal microbiota, live-jslm*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (*fecal microb spores, live-brpk*)	4	PA; LD; QL (12 capsules per 1 lifetime)
PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
alvimopan oral capsule	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET (*naloxegol oxalate*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET (*methylnaltrexone bromide*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*methylnaltrexone bromide*)	3	ST; QL (1 syringe per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET (*naldemedine tosylate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PEROXISOME PROLIFERATOR-ACTIVATED RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
IQIRVO ORAL TABLET (*elafibranor*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
LIVDELZI ORAL CAPSULE (*seladelpar lysine*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
AURYXIA ORAL TABLET (*ferric citrate*)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
calcium acetate (phos binder) oral capsule	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
calcium acetate oral tablet 667 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (*lanthanum carbonate*)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE (*lanthanum carbonate*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
lanthanum carbonate oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 0.8 GM (*sevelamer carbonate*)	3	ST; QL (6 packets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 2.4 GM (*sevelamer carbonate*)	3	ST; QL (3 packets per 1 day)
RENVELA ORAL TABLET (*sevelamer carbonate*)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	1 or 1b*	QL (3 packets per 1 day)
sevelamer carbonate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sevelamer hcl oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (15 tablets per 1 day)
sevelamer hcl oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (*sucroferric oxyhydroxide*)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS (GI) - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
VELSIPITY ORAL TABLET (*etrasimod arginine*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
XERMELO ORAL TABLET (*telotristat etiprate*)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*infliximab-axxq*)	4	PA; LD; SP
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*certolizumab pegol*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT (*certolizumab pegol*)	4	PA; LD; QL (1 package per 28 days); SP
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*certolizumab pegol*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
INFLECTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*infliximab-dyyb*)	4	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*infliximab*)	4	PA; LD; SP
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*infliximab-abda*)	4	PA; LD; SP
ZYMFENTRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*infliximab-dyyb*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*infliximab-dyyb*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*infliximab-dyyb*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 14 days); SP
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANESTHETICS - MISC. - DRUGS FOR SEDATION**		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (*etomidate*)	3	
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (*propofol*)	3	
etomidate intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fresenius propoven intravenous emulsion	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION (*ketamine hcl*)	3	
ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
propofol intravenous emulsion	1 or 1b*	
BARBITURATE ANESTHETICS - DRUGS FOR SEDATION**		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*methohexital sodium*)	3	
VOLATILE ANESTHETICS - DRUGS FOR SEDATION**		
desflurane inhalation solution	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION (*isoflurane*)	3	
isoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
sevoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
SUPRANE INHALATION SOLUTION (*desflurane*)	3	
terrell inhalation solution	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION (*sevoflurane*)	3	
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
AVODART ORAL CAPSULE (*dutasteride*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
dutasteride oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
finasteride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PROSCAR ORAL TABLET (*finasteride*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*doxazosin mesylate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
FLOMAX ORAL CAPSULE (*tamsulosin hcl*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
RAPAFLO ORAL CAPSULE (*silodosin*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
silodosin oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*alfuzosin hcl*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CITRATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*potassium citrate*)	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*potassium citrate*)	3	
CYSTINOSIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (*cysteamine bitartrate*)	4	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*cysteamine bitartrate*)	4	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (*cysteamine bitartrate*)	4	PA; LD
GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
acetic acid irrigation solution	1 or 1b*	
argyle sterile saline irrigation solution	1 or 1b*	
curity sterile saline irrigation solution	1 or 1b*	
glycine irrigation solution	1 or 1b*	
glycine urologic irrigation solution	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (*citric ac-gluconolact-mg carb*)	3	
sodium chloride irrigation solution	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
FILSPARI ORAL TABLET (*sparsentan*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
ELMIRON ORAL CAPSULE (*pentosan polysulfate sodium*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (*dimethyl sulfoxide*)	3	
PHOSPHATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (*pot & sod ac phosphates*)	3	
PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
ENTADFI ORAL CAPSULE (*finasteride-tadalafil*)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA) - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lumasiran sodium*)	4	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*nedosiran sodium*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*nedosiran sodium*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 30 days); SP
URINARY STONE AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
LITHOSTAT ORAL TABLET (*acetohydroxamic acid*)	3	
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG (*tiopronin*)	3	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 300 MG (*tiopronin*)	3	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)
THIOLA ORAL TABLET (*tiopronin*)	3	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
tiopronin oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
tiopronin oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (*dextranomer-hyaluronic acid*)	3	
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
GOUT AGENT COMBINATIONS - GOUT DRUGS**		
colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
GOUT AGENTS - GOUT DRUGS**		
allopurinol oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
allopurinol oral tablet 200 mg	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
allopurinol oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*allopurinol sodium*)	3	
colchicine oral capsule	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
colchicine oral tablet	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (*colchicine*)	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (*pegloticase*)	4	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
MITIGARE ORAL CAPSULE (*colchicine*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
ULORIC ORAL TABLET (*febuxostat*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
URICOSURICS - GOUT DRUGS**		
probenecid oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
***AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
adzynma intravenous kit	4	PA; LD
AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA - DRUGS FOR THE BLOOD**		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*givosiran sodium*)	4	PA; LD
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*emicizumab-kxwh*)	4	PA; LD; SP
HYMPAVZI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*marstacimab-hncq*)	4	PA
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil factor (rahf-pfm)*)	4	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (*antihemophil fact single chain*)	4	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor-vwf*)	4	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix*)	4	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (rfixfc)*)	4	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact fc-vwf-xten-ehtl*)	4	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*prothrombin complex human-lans*)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (*coagulation factor ix (recomb)*)	4	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor x (human)*)	4	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (*factor xiii concentrate human*)	4	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact (bdd-rfviiifc)*)	4	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemoph fact rcmb gpeg-exei*)	4	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antiinhibitor coagulant cmplx*)	4	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fibrinogen concentrate (human)*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	4	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor-vwf*)	4	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (rix-fp)*)	4	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (recomb)*)	4	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ahf (bdd-rfviii peg-aucl)*)	4	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (*prothrombin complex conc human*)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	4	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	4	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (*antihem factor recomb (rfviii)*)	4	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil factor (rahf-pfm)*)	4	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil fact bd truncated*)	4	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor viia recomb*)	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,sim)*)	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact (bdd-rfviii,sim)*)	4	PA; LD; SP
obizur intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*factor ix complex*)	4	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix glycopeg*)	4	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem factor recomb (rfviii)*)	4	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fibrinogen concentrate (human)*)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor viia-jncw*)	4	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor xiii a-sub*)	4	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*von willebrand factor (recomb)*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WILATE INTRAVENOUS KIT (*antihemophilic factor-vwf*)	4	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,mor)*)	4	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,mor)*)	4	PA; LD; SP
ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CABLIVI INJECTION KIT (*caplacizumab-yhdp*)	4	PA; LD
BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*icatibant acetate*)	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
C1 ESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	4	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (human)*)	4	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	4	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	4	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (recomb)*)	4	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
COMPLEMENT C1 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (*sutimlimab-jome*)	4	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pegcetacoplan*)	4	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PIASKY INJECTION SOLUTION (*crovalimab-akkz*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (*eculizumab*)	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1100 MG/11ML (*ravulizumab-cwvz*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 56 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/3ML (*ravulizumab-cwvz*)	4	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (*pozelimab-bbfg*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*zilucoplan sodium*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
COMPLEMENT C5A INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
gohibic intravenous solution	3	
COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAVNEOS ORAL CAPSULE (*avacopan*)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FABHALTA ORAL CAPSULE (*iptacopan hcl*)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
VOYDEYA ORAL TABLET (*danicopan*)	4	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (*danicopan*)	4	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BRILINTA ORAL TABLET (*ticagrelor*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cangrelor tetrasodium*)	3	
GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (*tirofiban hcl*)	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (*tirofiban hcl in nacl*)	3	
eptifibatide intravenous solution	1 or 1b*	
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEMATORHEOLOGIC AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	
HEMIN - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*hemin*)	3	LD
HUMAN PROTEIN C - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*protein c concentrate (human)*)	4	LD; SP
PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
cilostazol oral tablet	1 or 1b*	
PLASMA EXPANDERS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (*hetastarch-electrolytes*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lmd in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
lmd in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanadelumab-flyo*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*lanadelumab-flyo*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ecallantide*)	4	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (*berotralstat hcl*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
PLASMA PROTEINS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION (*albumin human*)	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION (*albumin human*)	3	
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION (*albumin human-kjda*)	3	
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION (*albumin human*)	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (*albumin human*)	3	
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*plasminogen human-tvmh*)	4	PA; LD; SP
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antithrombin iii (human)*)	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*aspirin-omeprazole*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
dipyridamole oral tablet	1 or 1b*	
PROTAMINE - DRUGS FOR THE BLOOD**		
protamine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ZONTIVITY ORAL TABLET (*vorapaxar sulfate*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PYRUVATE KINASE ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PYRUKYND ORAL TABLET (*mitapivat sulfate*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*mitapivat sulfate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days)
QUINAZOLINE AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
AGRYLIN ORAL CAPSULE (*anagrelide hcl*)	3	QL (20 capsules per 1 day)
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)
anagrelide hcl oral capsule 1 mg	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAVALISSE ORAL TABLET (*fostamatinib disodium*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
THIENOPYRIDINE DERIVATIVES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
clopidogrel bisulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EFFIENT ORAL TABLET (*prasugrel hcl*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET (*clopidogrel bisulfate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
prasugrel hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
THROMBOLYTIC AGENT - MISC - DRUGS FOR THE BLOOD**		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION (*defibrotide sodium*)	4	LD
TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alteplase*)	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*alteplase*)	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT (*tenecteplase*)	3	
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AGENTS FOR GAUCHER DISEASE - DRUGS FOR NUTRITION**		
CERDELGA ORAL CAPSULE (*eliglustat tartrate*)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imiglucerase*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*taliglucerase alfa*)	4	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*velaglucerase alfa*)	4	PA; LD; SP
miglustat (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
ZAVESCA ORAL CAPSULE (*miglustat*)	4	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
AMINO ACIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ENDARI ORAL PACKET (*glutamine (sickle cell)*)	4	PA; LD; SP
l-glutamine oral packet	4	PA; LD; SP
COBALAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	
cyanocobalamin nasal solution	3	
dodex injection solution	1 or 1a*	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	
NASCOBAL NASAL SOLUTION (*cyanocobalamin*)	3	
CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR NUTRITION**		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*motixafortide acetate*)	4	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (*plerixafor*)	4	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (*mavorixafor*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
CYTOTOXIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DROXIA ORAL CAPSULE (*hydroxyurea*)	2	
SIKLOS ORAL TABLET (*hydroxyurea*)	3	PA; LD; SP
ERYTHROID MATURATION AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*luspatercept-aamt*)	4	PA; LD; SP
ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS) - DRUGS FOR NUTRITION**		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (*darbepoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (*darbepoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (*darbepoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*methoxy peg-epoetin beta*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa-epbx*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
foltabs 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
FOLIC ACID/FOLATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
cvs folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
fa-8 oral capsule	1 or 1b*; $0	
folate oral tablet	1 or 1a*; $0	
folic acid injection solution	1 or 1a*	
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*; $0	
folic acid oral tablet 1 mg	1 or 1a*	
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*; $0	
ft folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*; $0	
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
true folic acid oral tablet 400 mcg	1 or 1a*; $0	
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-jmdb*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-pbbk*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (*tbo-filgrastim*)	4	PA; LD; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tbo-filgrastim*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*pegfilgrastim*)	4	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (*filgrastim*)	4	PA; LD; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*filgrastim*)	4	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION (*filgrastim-aafi*)	4	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*filgrastim-aafi*)	4	PA; LD; SP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-apgf*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*eflapegrastim-xnst*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-fpgk*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-cbqv*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*pegfilgrastim-cbqv*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-cbqv*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*filgrastim-sndz*)	4	PA; LD; SP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-bmez*)	4	PA; LD; QL (2 injections per 28 days); SP
GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*sargramostim*)	4	PA; LD; SP
HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR PROLYL HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR NUTRITION**		
JESDUVROQ ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (*daprodustat*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
JESDUVROQ ORAL TABLET 6 MG (*daprodustat*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
JESDUVROQ ORAL TABLET 8 MG (*daprodustat*)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG (*vadadustat*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VAFSEO ORAL TABLET 300 MG (*vadadustat*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (*ferric maltol*)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (*ferumoxytol*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 6 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (*na ferric gluc cplx in sucrose*)	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
ferumoxytol intravenous solution	4	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (*iron dextran*)	4	PA; LD; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/2ML (*ferric carboxymaltose*)	4	PA; LD; QL (7 vials per 7 days); SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML (*ferric carboxymaltose*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 14 days); SP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION (*ferric derisomaltose*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (*iron sucrose*)	4	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
SELECTIN BLOCKERS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (*crizanlizumab-tmca*)	4	PA; LD; SP
THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 9 MG (*eltrombopag choline*)	4	PA; LD; DO; SP
ALVAIZ ORAL TABLET 36 MG, 54 MG (*eltrombopag choline*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
DOPTELET ORAL TABLET (*avatrombopag maleate*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (*lusutrombopag*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*romiplostim*)	4	PA; LD; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (*eltrombopag olamine*)	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (*eltrombopag olamine*)	4	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (*eltrombopag olamine*)	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (*eltrombopag olamine*)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (*eltrombopag olamine*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ARTISS EXTERNAL KIT (*fibrin sealant component*)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (*fibrin sealant component*)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl-gelatin*)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl-gelatin*)	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl-gelatin*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl*)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (*fibrin sealant component*)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (*fibrin sealant component*)	3	
HEMOSTATICS - SYSTEMIC - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (*tranexamic acid*)	3	
tranexamic acid intravenous solution	1 or 1b*	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
HEMOSTATICS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (*absorbable collagen hemostat*)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (*absorbable collagen hemostat*)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (*gelatin absorbable*)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
INSTAT EXTERNAL PAD (*absorbable collagen hemostat*)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin (recombinant)*)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin (recombinant)*)	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (*absorbable collagen hemostat*)	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (*absorbable fibrin sealant*)	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (*thrombin*)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (*thrombin*)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin*)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (*thrombin*)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
BARBITURATE HYPNOTICS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO
phenobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*phenobarbital sodium*)	3	
BENZODIAZEPINE HYPNOTICS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*remimazolam besylate*)	4	LD
estazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
flurazepam hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
HALCION ORAL TABLET (*triazolam*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
midazolam hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl oral syrup	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	
midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution	3	
quazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
RESTORIL ORAL CAPSULE (*temazepam*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
temazepam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
triazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
doxepin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET (*doxepin hcl*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*zolpidem tartrate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET (*zolpidem tartrate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*zolpidem tartrate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
eszopiclone oral tablet 3 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (*eszopiclone*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 3 MG (*eszopiclone*)	3	ST; AL; QL (1 tablet per 1 day)
zaleplon oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zolpidem tartrate oral capsule	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
zolpidem tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OREXIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
BELSOMRA ORAL TABLET (*suvorexant*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET (*lemborexant*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET (*daridorexant hcl*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES - DRUGS FOR INSOMNIA**		
dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM (*dexmedetomidine hcl*)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (*dexmedetomidine hcl in nacl*)	3	
SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (*tasimelteon*)	4	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
HETLIOZ ORAL CAPSULE (*tasimelteon*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ROZEREM ORAL TABLET (*ramelteon*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
tasimelteon oral capsule	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BOWEL EVACUANT COMBINATIONS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
CLENPIQ ORAL SOLUTION (*sod picosulfate-mag ox-cit acd*)	3	QL (350 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf*)	1 or 1a*; $0	QL (1 bottle per 30 days)
gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf*)	3	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c*)	3	QL (1 gram per 30 days)
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*; $0	QL (1 kit per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (*bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl*)	3	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c*)	3	QL (1 gram per 30 days)
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg 3350-kcl-nacl-nasulf-mgsul*)	3	QL (2 kits per 30 days)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION (*na sulfate-k sulfate-mg sulf*)	3	QL (1 kit per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET (*sodium sulfate-mag sulfate-kcl*)	2	QL (24 tablets per 30 days)
LAXATIVES - MISCELLANEOUS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
constulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
cvs purelax oral packet	1 or 1b*; $0	
cvs purelax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq laxative oral packet	1 or 1b*; $0	
eql clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
ft clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
gavilax oral powder	1 or 1b*; $0	
gentlelax oral powder	1 or 1b*; $0	
glycolax oral powder	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral packet	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
goodsense clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
healthylax oral packet	1 or 1b*; $0	
hm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*; $0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (*lactulose*)	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
lactulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
mm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
qc natura-lax oral powder	1 or 1b*; $0	
ra laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
sb polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
sm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral packet	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral powder	1 or 1b*; $0	
true laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
LUBRICANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
SALINE LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
citrate of magnesia oral solution	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
citroma oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax oral suspension	1 or 1b*; $0	
eq magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
eql magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (*magnesium citrate*)	1 or 1a*; $0	
ft magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ft milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
gentle laxative oral suspension	1 or 1b*; $0	
gnp magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
gnp milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
goodsense magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
goodsense milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
hm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (*magnesium citrate*)	1 or 1a*; $0	
phillips milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
qc magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
qc milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
ra magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ra milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
sb magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
sb milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
sm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
STIMULANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
alophen oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
eq gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ex-lax ultra oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*bisacodyl*)	1 or 1a*; $0	
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sb gentle lax-women oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
womans laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC - DRUGS FOR SEDATION**		
articadent dental injection solution cartridge	3	
bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution	1 or 1b*	
bupivacaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (*bupivacaine-epinephrine*)	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (*bupivacaine-epinephrine*)	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (*articaine-epinephrine*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sensorcaine/epinephrine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% -1:200000	3	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % (*bupivacaine-epinephrine*)	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (*lidocaine-epinephrine*)	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (*lidocaine-epinephrine*)	3	
LOCAL ANESTHETICS - AMIDES - DRUGS FOR SEDATION**		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
bupivacaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine hcl injection solution 0.5 %	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION (*bupivacaine hcl*)	3	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION (*bupivacaine hcl*)	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT (*lidocaine hcl*)	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION (*ropivacaine hcl*)	3	
polocaine injection solution	1 or 1b*	
polocaine-mpf injection solution	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION (*bupivacaine*)	3	
ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml	1 or 1b*	
sensorcaine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf injection solution	1 or 1b*	
XARACOLL IMPLANT IMPLANT (*bupivacaine hcl*)	3	
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION (*lidocaine hcl*)	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (*lidocaine hcl*)	3	
LOCAL ANESTHETICS - ESTERS - DRUGS FOR SEDATION**		
chloroprocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
NESACAINE INJECTION SOLUTION (*chloroprocaine hcl*)	3	
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (*chloroprocaine hcl*)	3	
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AZITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
azithromycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (*azithromycin*)	3	
CLARITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ERYTHROMYCINS - ANTIBIOTICS**		
e.e.s. 400 oral tablet	1 or 1b*	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*erythromycin ethylsuccinate*)	3	
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*erythromycin ethylsuccinate*)	3	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*erythromycin ethylsuccinate*)	3	
ery-tab oral tablet delayed release	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*erythromycin lactobionate*)	3	
erythromycin base oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
FIDAXOMICIN - ANTIBIOTICS**		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*fidaxomicin*)	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET (*fidaxomicin*)	3	QL (20 tablets per 1 fill)
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CERVICAL CAPS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (*cervical caps*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CONDOMS - FEMALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FC2 FEMALE CONDOM (*condoms - female*)	2; $0	QL (12 units per 1 fill)
CONDOMS - MALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
aimsco lubricated	2; $0	
condoms	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DUREX REALFEEL DEVICE (*condoms non-latex lubricated*)	2; $0	
DUREX TROPICAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
FANTASY LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
KAMELEON LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
kimono	2; $0	
KIMONO COLORS DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
KIMONO MAXX-LARGE FLARE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
kimono micro thin	2; $0	
kimono micro thin plus	2; $0	
kimono plus	2; $0	
kimono ps	2; $0	
kimono ps plus	2; $0	
kimono sensation	2; $0	
kimono sensation plus	2; $0	
KIMONO SPECIAL DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
maxx	2; $0	
maxx plus	2; $0	
REALITY LATEX CONDOMS (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ENZ (*condoms latex non-lubricated*)	2; $0	
TROJAN MAGNUM (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TROJAN-ENZ LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
true cover device	2; $0	
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED (*condoms latex non-lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (*condoms latex non-lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
REMESENSE DENTAL (*dental desensitizing product*)	3	
DENTIFRICES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
MI PASTE DENTAL PASTE (*dentifrices*)	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (*dentifrices*)	3	
DIAPHRAGMS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm arc-spring*)	2; $0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragms*)	3; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
adjustable lancing device	2	
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING (*lancet devices*)	2	
ADVOCATE SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUTO-LANCET (*lancet devices*)	2	
AUTO-LANCET MINI (*lancet devices*)	2	
AUTOLET II CLINISAFE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LITE STARTER PACK KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET MINI (*lancet devices*)	2	
AUTOLET PLATFORMS (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET PLUS (*lancet devices*)	2	
BD MICROTAINER LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARDIOCOM LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
careone advanced lancing dev	2	
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH LANCING/EJECTOR (*lancet devices*)	2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (*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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS 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 lancing device	2	
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL (204 lancets per 30 days)
easy mini eject lancing device	2	
easy mini lancing device	2	
EASY TOUCH LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
embrace lancing device/ejector	2	
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (*continuous glucose sensor*)	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
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 365 SENSOR/HOLDER (*continuous glucose sensor*)	3	QL (1 sensor per 1 year)
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT (*continuous glucose transmitter*)	3	QL (1 transmitter per 1 year)
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER (*continuous glucose sensor*)	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (*continuous glucose sensor*)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
FREESTYLE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 kits per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL NOZZLES (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) (*lancet devices*)	2	
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
global lancing device	2	
GLUCOCOM LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLUCOCOM LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (*lancets*)	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 LANCING SYSTEM DEVICE (*lancet devices*)	2	
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP (*lancet devices*)	2	
GOJJI STERILE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)
goodsense lancing device	2	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (*continuous glucose receiver*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HEALTH CARE LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
h-e-b incontrol adv lancing	2	
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HYPOLANCE AST LANCING KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
HY-VEE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IHEALTH LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
IN TOUCH LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS 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)
kroger lancing device	2	
lancet device	2	
lancet device with ejector	2	
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 (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
lancing device	2	
LANZO (*lancet devices*)	2	
leader advanced lancing device	2	
LIBERTY MEDICAL LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIBERTY MINI LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
LITE TOUCH 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LITE TOUCH LANCING PEN (*lancet devices*)	2	
LITETOUCH LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
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 (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET NEXT LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
mini lancing device	2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
MM LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
MM TWIST LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
multi-lancet device	2	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVA SUREFLEX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)
pro comfort safety lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
px advanced lancing device	2	
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
qc advanced lancing device	2	
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (*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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCET DEVICES 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
RELION LANCING DEVICE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
RIGHTEST GL300 LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
saps health plus lancets	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
select-lite device/lancets kit	2	QL (200 units per 30 days)
select-lite lancing device	2	
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV (*lancet devices*)	2	
SINGLE-LET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
SMART DIABETES VANTAGE LANCING (*lancet devices*)	2	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE THIN LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMARTEST LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
STERILANCE TL (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SUPER THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 18G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
sure comfort lancing pen	2	
SURELITE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)
tgt lancing device	2	
todays health lancing device	2	
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
true comfort safety lancets	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEDRAW LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
TRUEPLUS LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
twist top lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTI-LANCE AUTOMATIC (*lancet devices*)	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 1 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 EXTRA (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NEONATAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 SUPER (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 EXTRA (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 NEONATAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK CZT NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (*lancets*)	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)
value plus lancing device	2	
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD GO KIT (*insulin disposable pump*)	3	PA
V-GO 20 KIT (*insulin disposable pump*)	3	PA
V-GO 30 KIT (*insulin disposable pump*)	3	PA
V-GO 40 KIT (*insulin disposable pump*)	3	PA
NEEDLES & SYRINGES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
aq insulin syringe	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
aqinject pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
aum insulin safety pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
aum pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (*insulin syringes (disposable)*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BD INSULIN SYRINGE U-500 (*insulin syringe/needle u-500*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CAREONE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE (*injection device for insulin*)	3	PA
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DIATHRIVE PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
GNP 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 (*insulin pen needle*)	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)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (*insulin pen needle*)	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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 30g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pen needle/5-bevel tip	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES 5/16"	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pip pen needles 31g x 5mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pip pen needles 32g x 4mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS 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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pure comfort safety pen needle	3	QL (200 needles per 30 days)
PX 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)
raya sure pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
safety pen needles	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
sure comfort pen needles 31g x 6 mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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)
true comfort insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 32g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 32G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VP 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ZEVRX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEVRX PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE (*rimegepant sulfate*)	2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (*atogepant*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (*ubrogepant*)	2	ST; QL (16 tablets per 30 days)
ZAVZPRET NASAL SOLUTION (*zavegepant hcl*)	3	ST; QL (8 devices per 30 days)
CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCOLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*erenumab-aooe*)	3	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*fremanezumab-vfrm*)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*fremanezumab-vfrm*)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*galcanezumab-gnlm*)	3	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*galcanezumab-gnlm*)	3	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*galcanezumab-gnlm*)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION (*eptinezumab-jjmr*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 3 monthss)
ERGOT COMBINATIONS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*	
migergot rectal suppository	1 or 1b*	
MIGRAINE PRODUCTS - CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
ELYXYB ORAL SOLUTION (*celecoxib (migraine)*)	3	ST; QL (43.2 mL per 30 days)
MIGRAINE PRODUCTS - NSAIDS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
CAMBIA ORAL PACKET (*diclofenac potassium(migraine)*)	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
diclofenac potassium(migraine) oral packet	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
dihydroergotamine mesylate nasal solution	3	ST; QL (8 mL per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*ergotamine tartrate*)	3	ST; QL (20 tablets per 30 days)
MIGRANAL NASAL SOLUTION (*dihydroergotamine mesylate*)	3	ST; QL (8 mL per 28 days)
TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION (*dihydroergotamine mesylate hfa*)	3	ST; QL (2 kits per 28 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONIST-NSAID COMBINATIONS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
sumatriptan-naproxen sodium oral tablet	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
TREXIMET ORAL TABLET (*sumatriptan-naproxen sodium*)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
almotriptan malate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
eletriptan hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
FROVA ORAL TABLET (*frovatriptan succinate*)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET (*sumatriptan succinate*)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*sumatriptan succinate*)	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML (*sumatriptan succinate*)	3	ST; QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML (*sumatriptan succinate*)	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET (*rizatriptan benzoate*)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE (*rizatriptan benzoate*)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER (*sumatriptan succinate*)	3	ST; QL (1 kit per 30 days)
RELPAX ORAL TABLET (*eletriptan hydrobromide*)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
rizatriptan benzoate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
sumatriptan nasal solution	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution	1 or 1b*	QL (5 vials per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
TOSYMRA NASAL SOLUTION (*sumatriptan*)	3	ST; QL (12 units per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*sumatriptan succinate*)	3	ST; QL (8 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
zolmitriptan nasal solution	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
zolmitriptan oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
ZOMIG NASAL SOLUTION (*zolmitriptan*)	3	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG (*lasmiditan succinate*)	3	ST; QL (8 tablets per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 50 MG (*lasmiditan succinate*)	3	ST; QL (4 tablets per 30 days)
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION**		
BICARBONATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	3	
sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml	1 or 1b*	
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (*tromethamine*)	3	
CALCIUM COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ELECTROLYTES & DEXTROSE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-mb in dextrose*)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-p in dextrose*)	3	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-m in dextrose*)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r in dextrose*)	3	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution	1 or 1b*	
ELECTROLYTES PARENTERAL - DRUGS FOR NUTRITION**		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-s*)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-s (ph 7.4)*)	3	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r*)	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r (ph 7.4)*)	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-a*)	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	3	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	3	
ringers intravenous solution	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (*parenteral electrolytes*)	3	
FLUORIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORIVA ORAL LIQUID (*sodium fluoride-vitamin d*)	3	
FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
sodium fluoride oral solution	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
MAGNESIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MANGANESE - DRUGS FOR NUTRITION**		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHOSPHATE - DRUGS FOR NUTRITION**		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (*sodium glycerophosphate*)	3	
K-PHOS ORAL TABLET (*potassium phosphate monobasic*)	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (*k phos mono-sod phos di & mono*)	3	
phospha 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
phosphorous oral tablet	1 or 1b*	
phospho-trin 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
phospho-trin k500 oral tablet	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES INTRAVENOUS SOLUTION 15 MMOLE/5ML, 150 MMOLE/50ML	3	
potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	1 or 1b*	
potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution	3	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sodium phosphates intravenous solution	1 or 1b*	
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	
klor-con m10 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m15 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m20 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con oral packet	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*potassium chloride*)	3	
POKONZA ORAL PACKET (*potassium chloride*)	3	ST
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
potassium chloride crys er oral tablet extended release	1 or 1a*	
potassium chloride er oral capsule extended release	1 or 1b*	
potassium chloride er oral tablet extended release	1 or 1b*	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	3	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	1 or 1b*	
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution	1 or 1b*	
SODIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
aquastat intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
bd posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush (Bd Posiflush Safescrub Intravenous Solution)	1 or 1b*	
monoject flush syringe intravenous solution	1 or 1b*	
monoject sodium chloride flush intravenous solution	1 or 1b*	
normal saline flush intravenous solution	1 or 1b*	
saline flush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride (pf) injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %	1 or 1b*	
TRACE MINERAL COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (*trace minerals cr-cu-mn-zn*)	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (*trace minerals cu-mn-se-zn*)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (*trace minerals cr-cu-mn-se-zn*)	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (*trace minerals cu-mn-se-zn*)	3	
TRACE MINERALS - DRUGS FOR NUTRITION**		
chromic chloride intravenous solution	1 or 1b*	
cupric chloride intravenous solution	3	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 12 MCG/2ML, 60 MCG/ML	3	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	
ZINC - DRUGS FOR NUTRITION**		
GALZIN ORAL CAPSULE (*zinc acetate (oral)*)	3	
zinc chloride intravenous solution	3	
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS**		
ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT - VITAMINS AND MINERALS**		
JOENJA ORAL TABLET (*leniolisib phosphate*)	4; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTILEPROTICS - VITAMINS AND MINERALS**		
THALOMID ORAL CAPSULE (*thalidomide*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
B-LYMPHOCYTE STIMULATOR (BLYS)-SPECIFIC INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*belimumab*)	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 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cyclosporine oral capsule	1 or 1b*	LD
gengraf oral capsule	1 or 1b*	LD
gengraf oral solution	1 or 1b*	LD
LUPKYNIS ORAL CAPSULE (*voclosporin*)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
NEORAL ORAL CAPSULE (*cyclosporine modified*)	3	LD
NEORAL ORAL SOLUTION (*cyclosporine modified*)	3	LD
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (*cyclosporine*)	3	LD; SP
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (*cyclosporine*)	3	LD
ENZYMES - VITAMINS AND MINERALS**		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (*hyaluronidase bovine*)	3	
HYLENEX INJECTION SOLUTION (*hyaluronidase human*)	3	
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*collagenase clostrid histolyt*)	4	PA; LD; SP
FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (*lonafarnib*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
SOLESTA INJECTION GEL (*dextranomer-sodium hyaluronate*)	4	LD; SP
IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*lymphocyte,anti-thymo imm glob*)	3	LD; SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*anti-thymocyte glob (rabbit)*)	3	LD; SP
IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*efgartigimod alfa-hyalur-qvfc*)	4	PA; LD; QL (4 vials per 50 days); SP
IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES - VITAMINS AND MINERALS**		
lenalidomide oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (*lenalidomide*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*mycophenolate mofetil hcl*)	3	LD; SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
CELLCEPT ORAL TABLET (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mycophenolate mofetil oral capsule	1 or 1b*	LD
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	LD
mycophenolate mofetil oral tablet	1 or 1b*	LD
mycophenolate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	LD
mycophenolic acid oral tablet delayed release	1 or 1b*	LD
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*mycophenolate sodium*)	3	LD
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*siltuximab*)	4	PA; LD; SP
IRRIGATION SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*	
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*	
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tacrolimus*)	3	LD
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tacrolimus*)	3	LD
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1 or 1b*	LD
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (*tacrolimus*)	2	LD; SP
PROGRAF ORAL CAPSULE (*tacrolimus*)	3	LD
PROGRAF ORAL PACKET (*tacrolimus*)	3	LD
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (*sirolimus*)	3	LD
RAPAMUNE ORAL TABLET (*sirolimus*)	3	LD
sirolimus oral solution	1 or 1b*	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sirolimus oral tablet	1 or 1b*	LD
tacrolimus oral capsule	1 or 1b*	LD
ZORTRESS ORAL TABLET (*everolimus*)	3	LD
MONOCLONAL ANTIBODIES - VITAMINS AND MINERALS**		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*satralizumab-mwge*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (*emapalumab-lzsg*)	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*basiliximab*)	3	LD
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (*inebilizumab-cdon*)	4	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (*rozanolixizumab-noli*)	4	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (*rozanolixizumab-noli*)	4	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (*efgartigimod alfa-fcab*)	4	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB - VITAMINS AND MINERALS**		
VIJOICE ORAL PACKET (*alpelisib*)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (*alpelisib*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (*alpelisib*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
POTASSIUM REMOVING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (3 packets per 1 day)
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1 or 1b*	
sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM (*patiromer sorbitex calcium*)	3	QL (8 packets per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM (*patiromer sorbitex calcium*)	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM (*patiromer sorbitex calcium*)	3	QL (3 packets per 1 day)
PROSTAGLANDINS - VITAMINS AND MINERALS**		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (*alprostadil*)	3	
PURINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
azasan oral tablet	1 or 1b*	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
azathioprine oral tablet	1 or 1b*	LD
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
IMURAN ORAL TABLET (*azathioprine*)	3	LD
ROCK INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
REZUROCK ORAL TABLET (*belumosudil mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
SCLEROSING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (*polidocanol*)	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (*ethanolamine oleate*)	3	
sodium tetradecyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (*sodium tetradecyl sulfate*)	1 or 1b*	
sotradecol intravenous solution 3 %	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (*polidocanol*)	3	
SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS - VITAMINS AND MINERALS**		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*belatacept*)	3	PA; LD
TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (*anifrolumab-fnia*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
UREMIC PRURITUS AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (*difelikefalin acetate*)	3	PA
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
ANESTHETICS TOPICAL ORAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
ANTI-INFECTIVES - THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
nystatin mouth/throat suspension	3	QL (24 mL per 1 day)
ORAVIG BUCCAL TABLET (*miconazole*)	3	
ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (*chlorhexidine gluconate*)	3	QL (480 mL per 30 days)
periogard mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
denta 5000 plus sensitive dental gel	3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL GEL (*sod fluoride-potassium nitrate*)	3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL GEL (*sod fluoride-potassium nitrate*)	3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL GEL (*sod fluoride-potassium nitrate*)	3	
sodium fluoride 5000 enamel dental gel	1 or 1b*	
sodium fluoride 5000 sensitive dental gel	1 or 1b*	
FLUORIDE DENTAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clinpro 5000 dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
denta 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
dentagel dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
easygel dental gel	1 or 1b*	
fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate	1 or 1b*	
fluoridex dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fluoridex enhanced whitening dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fraiche 5000 dental dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE (*sodium fluoride*)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL (*sodium fluoride*)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 KIDS DENTAL PASTE (*sodium fluoride*)	3	QL (3.7 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE (*sodium fluoride*)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM (*sodium fluoride*)	3	QL (3.4 grams per 1 day)
PREVIDENT DENTAL GEL (*sodium fluoride*)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION (*sodium fluoride*)	3	
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sf dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride mouth/throat solution	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SALIVA STIMULANTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
cevimeline hcl oral capsule	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE (*cevimeline hcl*)	3	
pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (*pilocarpine hcl*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
triamcinolone acetonide (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
B-COMPLEX VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
dialyvite 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; $0	
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (*b complex-c-folic acid*)	1 or 1b*; $0	
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
rena-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sm b super vitamin complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET	2; $0	
stress formula (folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b complex/fa/vit c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex/vit c/fa oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C - DRUGS FOR NUTRITION**		
allbee/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
better b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs b complex plus c oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs super b complex/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm super b complex/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex + vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET	2; $0	
B-COMPLEX W/ FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex (folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/electrolytes oral tablet	1 or 1b*; $0	
big 100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
kobee oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/BIOTIN & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex 100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-100 b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-100 complex cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
balanced b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
balanced b-50/fa oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-compleet-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-compleet-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
big 100 (biotin) oral tablet	1 or 1b*; $0	
complex b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
complex b-50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
endur-b oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
eql b complex 50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ft b-100 complex pr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
gnp b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
gnp b-50 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
qc b50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
quin b strong b-25 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
sm b100 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
super dec b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
super quints b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
yl balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
MULTIPLE VITAMINS W/ IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
daily vite multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
multivitamin plus iron adult oral tablet	1 or 1b*; $0	
multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
nat-rul daily-vite+iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc daily multivitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sm multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress b complex/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET (*multiple vitamins-iron*)	2; $0	
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
FOLGARD OS ORAL TABLET (*multiple vit-min-calcium-fa*)	3	
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (*multi vit-min-fluoride-fe-fa*)	3	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
anti-oxidant oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily value multivitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily vites oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily-vite multivitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
ESTROFACTORS ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
gnp essential one daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
healthy hair/skin/nails oral tablet	1 or 1b*; $0	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; $0	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION (*multiple vitamin*)	3	
multi vitamin oral tablet	2; $0	
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2; $0	
multiple vitamin-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
multivitamin adult oral tablet	2; $0	
multivitamin iron-free oral tablet	1 or 1b*; $0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; $0	
multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
novite oral capsule	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNICAP ORAL TABLET	2; $0	
once daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily essential oral tablet	2; $0	
one daily essentials oral tablet	2; $0	
one daily multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
one-daily multi vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc essentials oral tablet	1 or 1b*; $0	
QUINTABS ORAL TABLET	2; $0	
sm multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula/zinc/energy oral tablet	2; $0	
stresstabs energy oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite/beta carotene oral tablet	1 or 1b*; $0	
THERA ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*; $0	
THEREMS ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
tm-daily vite oral tablet	2; $0	
true daily vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
true multivitamin oral tablet	2; $0	
vit e-vit c-beta carotene oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitalee oral tablet	1 or 1b*; $0	
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION (*multiple vitamin*)	3	
PED MULTI VITAMINS W/FL & FE - DRUGS FOR NUTRITION**		
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (*ped multivitamins-fl-iron*)	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (*ped multivitamins-fl-iron*)	3	
PED MV W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (*pediatric multivitamins-fl*)	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 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (*prenat-fefum-fepo-fa-omega 3*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (*prenat w/oa-fefum-methf-omegas*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (*prenatal vit-fe phos-fa-omega*)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (*prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (*prenatal vit-fe fum-fa-omega*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL - DRUGS FOR NUTRITION**		
COMPLETE NATAL DHA ORAL	2	QL (2 units per 1 day)
wesnatal dha complete oral	2	QL (2 units per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA - DRUGS FOR NUTRITION**		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (*prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (*prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (*prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (*prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ENFAMIL EXPECTA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (*prenat-fe-methylfol-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
pnv-dha oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PREGEN DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena 1 true oral	2	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (*prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (*prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (*prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (*prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (*prenatal vit-fepoly-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (*prenat-fe poly-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (*prenat-fe poly-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (*prenatal vit-fepoly-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (*prenat-fechel-fa-dha w/o vit a*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MV & MINERALS W/FA WITHOUT IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (*prenat mv-min-methylfolate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
PREMESISRX ORAL TABLET (*prenatal ca-b6-b12-fa-ginger*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena1 oral tablet chewable	3	
PRENATE AM ORAL TABLET (*prenatal ca-b6-b12-fa-ginger*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINS W/ LIPOTROPICS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (*vitamins-lipotropics*)	2; $0	
b complex (lipotropics) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2; $0	
cvs balanced b50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs inner ear plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
ear health formula oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
methocarbamol oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
OZOBAX DS ORAL SOLUTION (*baclofen*)	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (*methocarbamol*)	3	
SOMA ORAL TABLET (*carisoprodol*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
TANLOR ORAL TABLET (*methocarbamol*)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
tizanidine hcl oral capsule 2 mg	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral capsule 4 mg	3	ST; QL (9 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG (*tizanidine hcl*)	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 4 MG (*tizanidine hcl*)	3	ST; QL (9 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (*tizanidine hcl*)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (*tizanidine hcl*)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*dantrolene sodium*)	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE (*dantrolene sodium*)	3	
dantrolene sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
dantrolene sodium oral capsule	1 or 1b*	
revonto intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*dantrolene sodium*)	3	
MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
norgesic oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
orphengesic forte oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG (*palovarotene*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG (*palovarotene*)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (*palovarotene*)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG (*palovarotene*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VISCOSUPPLEMENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (*cross-linked hyaluronate*)	4	PA; LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	4	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	4	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	4	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hylan g-f 20*)	4	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hylan g-f 20*)	4	PA; LD
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	4	PA; LD
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE**		
ANTIHISTAMINE-STEROID - ALLERGY**		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (*azelastine-fluticasone*)	3	QL (1 bottle per 30 days)
RYALTRIS NASAL SUSPENSION (*olopatadine-mometasone*)	3	QL (1 inhaler per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NASAL ANESTHETICS - ALLERGY**		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (*cocaine hcl (nasal anesthetic)*)	3	
NASAL ANTICHOLINERGICS - ALLERGY**		
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
NASAL ANTIHISTAMINES - ALLERGY**		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL STEROIDS - ALLERGY**		
flunisolide nasal solution	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate nasal suspension	1 or 1a*	BE; QL (1 bottle per 30 days)
mometasone furoate nasal suspension	3	ST; BE; QL (1 bottle per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION (*ciclesonide*)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION (*beclomethasone diprop (nasal)*)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION (*beclomethasone diprop (nasal)*)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION (*fluticasone propionate*)	3	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ALS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
edaravone intravenous solution 30 mg/100ml	4	PA; LD; SP
edaravone intravenous solution 60 mg/100ml	4	PA
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (*edaravone*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (*edaravone*)	4	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
BENZATHIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
riluzole oral tablet	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (*riluzole*)	4	PA; LD; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (*succinylcholine chloride*)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (*succinylcholine chloride*)	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (*omaveloxolone*)	4	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (*eteplirsen*)	4	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (*viltolarsen*)	4	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (*golodirsen*)	4	PA; LD
***MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (*givinostat hcl*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*onabotulinumtoxina*)	4	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*abobotulinumtoxina*)	4	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (*rimabotulinumtoxinb*)	4	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*incobotulinumtoxina*)	4	PA; LD; SP
NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
atracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
rocuronium bromide intravenous solution	1 or 1b*	
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DAYBUE ORAL SOLUTION (*trofinetide*)	4	PA; LD; QL (120 mL per 1 day)
SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*risdiplam*)	4	PA; LD; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINO ACID MIXTURES - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (*amino acid infusion*)	3	
aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d10w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d15w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d20w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d10w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d5w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d15w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d20w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clinisol sf intravenous solution	1 or 1b*	
plenamine intravenous solution	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
AMINO ACIDS-SINGLE - DRUGS FOR NUTRITION**		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (*cysteine hcl*)	3	
CARBOHYDRATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
LIPIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emuls plant base(soy/oliv)*)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (*triheptanoin*)	4	PA; LD; QL (2 bottles per 30 days); SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emulsion plant based (soy)*)	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emulsion plant based (soy)*)	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (*fish oil triglyceride based*)	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emul fish oil/plant based*)	3	
PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (*amino ac-dext-lipid-electrolyt*)	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (*amino ac-dext-lipid-electrolyt*)	3	
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE**		
ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (*brinzolamide-brimonidine*)	2	QL (8 mL per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (*brimonidine tartrate-timolol*)	3	QL (15 mL per 30 days)
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (*dorzolamide hcl-timolol mal*)	3	QL (10 mL per 30 days)
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION (*dorzolamide hcl-timolol mal*)	3	QL (60 units per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (*timolol hemihydrate*)	3	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (*betaxolol hcl*)	2	QL (15 mL per 30 days)
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION (*timolol maleate*)	3	QL (5 mL per 30 days)
levobunolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
timolol hemihydrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
timolol maleate ocudose ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic gel forming solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (*timolol maleate*)	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (*timolol maleate*)	3	QL (20 mL per 30 days)
CHOLINERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE EYE**		
TYRVAYA NASAL SOLUTION (*varenicline tartrate*)	3	PA; QL (0.28 mL per 1 day)
CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (*cyclopentolate-phenylephrine*)	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE (*tropicamide-phenylephrine*)	3	
CYCLOPLEGIC MYDRIATICS - DRUGS FOR THE EYE**		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (*cyclopentolate hcl*)	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (*cyclopentolate hcl*)	3	QL (15 mL per 30 days)
cyclopentolate hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (*tropicamide*)	3	
phenylephrine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (*lifitegrast*)	2	PA; QL (2 vial per 1 day)
MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (*echothiophate iodide*)	3	QL (5 mL per 30 days)
MIOTICS - DIRECT ACTING - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*acetylcholine chloride*)	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (*carbachol*)	3	
pilocarpine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
VUITY OPHTHALMIC SOLUTION (*pilocarpine hcl*)	3	PA; QL (5 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (*faricimab-svoa*)	4	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*faricimab-svoa*)	4	PA; LD; SP
OPHTHALMIC ANTIALLERGIC - DRUGS FOR ITCHY EYE**		
ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION (*nedocromil sodium*)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION (*lodoxamide tromethamine*)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
bepotastine besilate ophthalmic solution	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION (*bepotastine besilate*)	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	3	ST; BE; QL (0.1 mL per 1 day)
ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION (*cetirizine hcl*)	3	ST; QL (2 boxes per 30 days)
OPHTHALMIC ANTIBIOTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (*azithromycin*)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (*besifloxacin hcl*)	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (*ciprofloxacin hcl*)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
erythromycin ophthalmic ointment	3	QL (3.5 grams per 30 days)
gatifloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
levofloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
mitomycin intraocular solution prefilled syringe	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (*mitomycin*)	3	
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (*ofloxacin*)	3	QL (10 mL per 30 days)
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (*tobramycin*)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (*moxifloxacin hcl*)	3	QL (3 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPHTHALMIC ANTIFUNGAL - DRUGS FOR THE EYE**		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (*natamycin*)	3	QL (15 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
neo-polycin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
polycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTISEPTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (*povidone-iodine*)	3	
OPHTHALMIC ANTIVIRALS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (*ganciclovir*)	3	QL (5 gram per 7 days)
OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION (*brinzolamide*)	3	QL (15 ML per 30 days)
brinzolamide ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
dorzolamide hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION (*pegcetacoplan (ophthalmic)*)	4	PA; LD
OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (*avacincaptad pegol*)	4	PA; LD; SP
OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE EYE**		
ak-fluor intravenous solution 10 %	1 or 1b*	
ak-fluor intravenous solution 25 %	3	
altafluor benox ophthalmic solution	1 or 1b*	
fluorescein intravenous solution	1 or 1b*	
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
fluorescein-benoxinate ophthalmic solution	1 or 1b*	
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION (*fluorescein sodium*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (*fluorexon-benoxinate*)	3	
***OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION (*lotilaner*)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION (*cyclosporine*)	3	PA; QL (2 vials per 1 day)
cyclosporine ophthalmic emulsion	1 or 1b*	PA; QL (2 vials per 1 day)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (*cyclosporine*)	2	PA; QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (*cyclosporine*)	2	PA; QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION (*cyclosporine*)	3	PA; QL (120 vials per 30 days)
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION (*cyclosporine*)	3	PA; QL (0.2 mL per 1 day)
OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (*ophth irr soln-intraocular*)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (*ophth irr soln-intraocular*)	3	
OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (*netarsudil-latanoprost*)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS - DRUGS FOR THE EYE**		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (*lidocaine hcl*)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (*proparacaine hcl*)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (*chloroprocaine hcl*)	3	
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS - DRUGS FOR THE EYE**		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (*cenegermin-bkbj*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (*ketorolac tromethamine*)	3	QL (5 mL per 30 days)
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (*ketorolac tromethamine*)	3	QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (*ketorolac tromethamine*)	3	QL (1 box per 30 days)
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1.7 mL per 30 days)
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (*bromfenac sodium*)	3	QL (5 mL per 30 days)
diclofenac sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (*nepafenac*)	2	QL (3 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (*nepafenac*)	3	QL (3 mL per 30 days)
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION (*bromfenac sodium*)	3	QL (3 mL per 30 days)
OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE EYE**		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*verteporfin*)	4	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*riboflav5 & riboflav5-dextran*)	3	
OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (*netarsudil dimesylate*)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION (*brimonidine tartrate*)	3	QL (30 mL per 30 days)
apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
brimonidine tartrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (*apraclonidine hcl*)	3	
OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (*neomycin-polymyxin-dexameth*)	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (*neomycin-polymyxin-dexameth*)	3	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension	1 or 1b*	
neo-polycin hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (*tobramycin-dexamethasone*)	2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION (*tobramycin-dexamethasone*)	3	QL (10 mL per 30 days)
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol-tobramycin*)	2	QL (20 mL per 30 days)
OPHTHALMIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol etabonate*)	3	
clobetasol propionate ophthalmic suspension	3	QL (3.5 mL per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (*dexamethasone*)	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (*dexamethasone*)	3	
difluprednate ophthalmic emulsion	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (*difluprednate*)	3	QL (10 mL per 30 days)
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol etabonate*)	3	PA; QL (20 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (*fluorometholone acetate*)	3	
fluorometholone ophthalmic suspension	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (*fluorometholone*)	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (*fluorometholone*)	3	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (*fluocinolone acetonide*)	4	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol etabonate*)	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (*loteprednol etabonate*)	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (*loteprednol etabonate*)	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol etabonate*)	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (*loteprednol etabonate*)	3	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic gel	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %	3	
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (*dexamethasone*)	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (*dexamethasone*)	3	PA; LD; SP
PRED FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (*prednisolone acetate*)	3	QL (20 mL per 30 days)
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (*prednisolone acetate*)	3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (*fluocinolone acetonide*)	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	3	
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	4	PA; LD
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (*fluocinolone acetonide*)	3	PA; LD
OPHTHALMIC SULFONAMIDES - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sulfacetamide sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (*na chondroit sulf-na hyaluron*)	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML (*na hyalur & na chond-na hyalur*)	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (*phenylephrine-ketorolac*)	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*na chondroit sulf-na hyaluron*)	3	
OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - DRUGS FOR THE EYE**		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	4	LD
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (*hypromellose*)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	4	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	4	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	4	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	4	LD
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	4	LD
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*brilliant blue g*)	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*trypan blue*)	3	
***OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (*oxymetazoline hcl*)	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
***OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (*cysteamine hcl*)	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (*cysteamine hcl*)	4	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
OPHTHALMICS MISC. - OTHER - DRUGS FOR THE EYE**		
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION (*perfluorohexyloctane*)	3	PA; QL (2 bottles per 25 days)
PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (*bimatoprost*)	4	PA; LD; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IDOSE TR INTRAOCULAR IMPLANT (*travoprost*)	4	PA; LD; QL (2 units per 1 lifetime)
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION (*latanoprost*)	3	QL (30 units per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (*bimatoprost*)	2	QL (7.5 mL per 30 days)
tafluprost (pf) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION (*travoprost*)	3	QL (10 mL per 30 days)
travoprost (bak free) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION (*latanoprostene bunod*)	3	QL (5 mL per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION (*latanoprost*)	3	QL (5 mL per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION (*latanoprost*)	3	QL (5 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION (*tafluprost*)	3	QL (9 mL per 30 days)
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE EYE**		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*brolucizumab-dbll*)	4	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab-nuna*)	4	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab-eqrn*)	4	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (*aflibercept*)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (*aflibercept*)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*aflibercept*)	4	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ranibizumab*)	4	PA; LD; SP
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION (*aflibercept-ayyh*)	4	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*aflibercept-ayyh*)	4	PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab*)	4	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab*)	4	LD; SP
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR**		
OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS - WAX REMOVAL**		
acetic acid otic solution	1 or 1b*	
OTIC ANALGESIC COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
PRAMOTIC OTIC LIQUID (*pramoxine-chloroxylenol*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OTIC ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
CETRAXAL OTIC SOLUTION (*ciprofloxacin hcl*)	3	QL (28 containers per 1 fill)
ciprofloxacin hcl otic solution	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
ofloxacin otic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION (*ciprofloxacin-hydrocortisone*)	3	QL (10 mL per 1 fill)
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION (*neomycin-colist-hc-thonzonium*)	3	
neomycin-polymyxin-hc otic solution	1 or 1b*	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTOVEL OTIC SOLUTION (*ciprofloxacin-fluocinolone*)	3	QL (28 vials per 1 fill)
OTIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
DERMOTIC OTIC OIL (*fluocinolone acetonide*)	3	
flac otic oil	1 or 1b*	
fluocinolone acetonide otic oil	1 or 1b*	
hydrocortisone-acetic acid otic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
***OXYTOCICS* - HORMONES**		
ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR WOMEN**		
carboprost tromethamine intramuscular solution	1 or 1b*	
carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT (*dinoprostone*)	3	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*carboprost tromethamine*)	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL (*dinoprostone*)	3	
OXYTOCICS - DRUGS FOR WOMEN**		
methergine oral tablet	1 or 1b*	
methylergonovine maleate injection solution	1 or 1b*	
methylergonovine maleate oral tablet	1 or 1b*	
oxytocin injection solution	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION (*oxytocin*)	3	
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
ANTITOXINS-ANTIVENINS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*centruroides (scorpion) im fab*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*crotalidae immune fab (equine)*)	3	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*crotalidae polyval immune fab*)	3	
ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES - BIOLOGICAL AGENTS**		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*nirsevimab-alip*)	4; $0	PA; LD; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (*nirsevimab-alip*)	4; $0	PA; LD; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (*pemivibart*)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (*palivizumab*)	4	PA; LD; SP
BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES - BIOLOGICAL AGENTS**		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (*bezlotoxumab*)	3	PA
IMMUNE SERUMS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-stwk*)	4	PA; LD
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-slra*)	4	PA; LD; SP
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*botulism immune globulin human*)	3	
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (*vaccinia immune globulin human*)	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-hipp*)	4	PA; LD; SP
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*cytomegalovirus immune glob*)	4	LD; SP
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
GAMMAKED INJECTION SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (*hepatitis b immune globulin*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (*hepatitis b immune globulin*)	4	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b immune globulin*)	4	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (*rabies immune globulin*)	4	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tetanus immune globulin*)	3	
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION (*rabies immune globulin*)	4	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	4	LD; SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (*hepatitis b immune globulin*)	4	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-ifas*)	4	PA; LD; SP
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (*varicella-zoster immune glob*)	3	LD
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION (*rho d immune globulin*)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-klhw*)	4	PA; LD; SP
PASSIVE IMMUNIZING AGENTS - COMBINATIONS - BIOLOGICAL AGENTS**		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT (*immune globulin-hyaluronidase*)	4	PA; LD; SP
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOPENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml	3	
amoxicillin oral tablet	1 or 1a*	
amoxicillin oral tablet chewable	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ampicillin oral capsule	1 or 1a*	
ampicillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
NATURAL PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*penicillin g benzathine*)	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*penicillin g benzathine*)	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*penicillin g benzathine*)	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
penicillin g potassium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin g sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral tablet	1 or 1b*	
pfizerpen injection solution reconstituted	1 or 1b*	
PENICILLIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable	1 or 1b*	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*amoxicillin-pot clavulanate*)	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*amoxicillin-pot clavulanate*)	2	
AUGMENTIN ORAL TABLET (*amoxicillin-pot clavulanate*)	3	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*penicillin g benzathine & proc*)	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*penicillin g benzathine & proc*)	3	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*ampicillin-sulbactam sodium*)	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ampicillin-sulbactam sodium*)	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION (*piperacillin-tazobactam in dex*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
dicloxacillin sodium oral capsule	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nafcillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
oxacillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
***PROGESTINS* - HORMONES**		
PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet)	1 or 1b*	
medroxyprogesterone acetate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	1 or 1b*	
norethindrone acetate oral tablet	1 or 1b*	
progesterone intramuscular oil	1 or 1b*	
progesterone oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
progesterone oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG (*progesterone*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 200 MG (*progesterone*)	3	QL (2 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET (*medroxyprogesterone acetate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
lofexidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
LUCEMYRA ORAL TABLET (*lofexidine hcl*)	3	QL (16 tablets per 1 day)
ALCOHOL DETERRENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	
ANTI-CATAPLECTIC AGENTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
LUMRYZ ORAL PACKET (*sodium oxybate*)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
LUMRYZ STARTER PACK ORAL THERAPY PACK (*sodium oxybate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 6 months); SP
sodium oxybate oral solution	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (*sodium oxybate*)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
XYWAV ORAL SOLUTION (*ca, mg, k, and na oxybates*)	4	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*memantine hcl-donepezil hcl*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*eplontersen sodium*)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 28 days)
BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*donepezil hcl*)	3	ST; QL (1 patch per 1 week)
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (*donepezil hcl*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (*donepezil hcl*)	3	DO
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (*rivastigmine*)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (*rivastigmine*)	3	ST; QL (1 gram per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	1 or 1b*	DO
galantamine hydrobromide oral solution	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
SAVELLA ORAL TABLET (*milnacipran hcl*)	2	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (*milnacipran hcl*)	2	QL (1 pack per 365 days)
MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*bremelanotide acetate*)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AUSTEDO ORAL TABLET (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
tetrabenazine oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG (*tetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
XENAZINE ORAL TABLET 25 MG (*tetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AUBAGIO ORAL TABLET (*teriflunomide*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
teriflunomide oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - COMBINATIONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ocrelizumab-hyaluronidase-ocsq*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 6 months); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (*interferon beta-1b*)	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT (*interferon beta-1b*)	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (*ublituximab-xiiy*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 24 weeks); SP
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*ofatumumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (*alemtuzumab*)	4	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION (*ocrelizumab*)	4	PA; LD; QL (2 vials per 180 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (*natalizumab*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*monomethyl fumarate*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG (*dimethyl fumarate*)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG (*dimethyl fumarate*)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK (*dimethyl fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*diroximel fumarate*)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*dalfampridine*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (*glatiramer acetate*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (*glatiramer acetate*)	4	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	4	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	4	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg	1 or 1b*	DO
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
memantine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
memantine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 6 months)
memantine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET (*memantine hcl*)	3	QL (1 tablet per 6 months)
PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
perphenazine-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	AL
POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
gabapentin (once-daily) oral tablet	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (*gabapentin (once-daily)*)	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG (*gabapentin (once-daily)*)	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (*gabapentin (once-daily)*)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG (*gabapentin (once-daily)*)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (*pregabalin*)	3	PA; DO
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (*pregabalin*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (*dextromethorphan-quinidine*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
AQNEURSA ORAL PACKET (*levacetylleucine*)	4	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
ergoloid mesylates oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
MIPLYFFA ORAL CAPSULE (*arimoclomol citrate*)	4	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
pimozide oral tablet 1 mg	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 2 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
RESTLESS LEG SYNDROME (RLS) AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*gabapentin enacarbil*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADDYI ORAL TABLET (*flibanserin*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*vutrisiran sodium*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (*patisiran sodium*)	4	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
SMOKING DETERRENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
eq nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
eq nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
eq nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ft nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ft nicotine mouth/throat gum	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ft nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ft nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
goodsense nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
goodsense nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
habitrol transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
kls quit2 mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
kls quit2 mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
kls quit4 mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
kls quit4 mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (*nicotine*)	2; $0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (*nicotine polacrilex*)	2; $0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (*nicotine polacrilex*)	2; $0	
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (*nicotine polacrilex*)	2; $0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (*nicotine polacrilex*)	2; $0	
nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; $0	
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTROL INHALATION INHALER (*nicotine*)	3; $0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (*nicotine*)	3; $0	QL (4 mL per 1 day)
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ra mini nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine gum mouth/throat gum	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ra nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
thrive mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack	1 or 1b*; $0	QL (53 dose pack per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablet per 1 day)
varenicline tartrate(continue) oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (2 tablet per 1 day)
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
fingolimod hcl oral capsule	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE (*fingolimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (*ponesimod*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*ponesimod*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE (*fingolimod lauryl sulfate*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*ozanimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (*ozanimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*ozanimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
LYBALVI ORAL TABLET (*olanzapine-samidorphan*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (*olanzapine-fluoxetine hcl*)	3	DO; AL
VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
paroxetine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alpha1-proteinase inhibitor*)	4	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (*alpha1-proteinase inhibitor*)	4	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (*alpha1-proteinase inhibitor*)	4	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alpha1-proteinase inhibitor*)	4	PA; LD; SP
CFTR POTENTIATORS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
KALYDECO ORAL PACKET (*ivacaftor*)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (*ivacaftor*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (*lumacaftor-ivacaftor*)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (*lumacaftor-ivacaftor*)	4	PA; LD; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (*lumacaftor-ivacaftor*)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (*tezacaftor-ivacaftor*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	4	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	4	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (*dornase alfa*)	4	PA; LD; QL (150 mL 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (*nintedanib esylate*)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ESBRIET ORAL CAPSULE (*pirfenidone*)	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG (*pirfenidone*)	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG (*pirfenidone*)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral capsule	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 267 mg	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
pirfenidone oral tablet 801 mg	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
SULFONAMIDES - ANTIBIOTICS**		
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*	
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOMETHYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*omadacycline tosylate*)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (*omadacycline tosylate*)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
FLUOROCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*eravacycline dihydrochloride*)	3	
GLYCYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tigecycline*)	3	
TETRACYCLINES - ANTIBIOTICS**		
demeclocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*doxycycline hyclate*)	3	ST
doxy 100 intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet 50 mg, 75 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet delayed release	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*minocycline hcl*)	3	
minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
minocycline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
minocycline hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
MINOLIRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*minocycline hcl*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
mondoxyne nl oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
SEYSARA ORAL TABLET (*sarecycline hcl*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
targadox oral tablet	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
tetracycline hcl oral tablet	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
***THYROID AGENTS* - HORMONES**		
ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTICALS - DRUGS FOR THYROID**		
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3	
ANTITHYROID AGENTS - DRUGS FOR THYROID**		
methimazole oral tablet	1 or 1a*	
propylthiouracil oral tablet	1 or 1b*	
THYROID HORMONES - DRUGS FOR THYROID**		
ADTHYZA ORAL TABLET (*thyroid*)	3	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET (*thyroid*)	3	
CYTOMEL ORAL TABLET (*liothyronine sodium*)	3	
ERMEZA ORAL SOLUTION (*levothyroxine sodium*)	3	
euthyrox oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
levo-t oral tablet	1 or 1b*	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
levothyroxine sodium oral capsule	1 or 1b*	
levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
levoxyl oral tablet	1 or 1a*	
liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
niva thyroid oral tablet	3	
np thyroid oral tablet	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET (*levothyroxine sodium*)	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (*levothyroxine sodium*)	3	
thyroid oral tablet	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE (*levothyroxine sodium*)	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (*levothyroxine sodium*)	3	
unithroid oral tablet	1 or 1a*	
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
TOXOID COMBINATIONS - VACCINES**		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*tetanus-diphth-acell pertussis*)	3; $0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*tetanus-diphth-acell pertussis*)	3; $0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*diphth-acell pertussis-tetanus*)	3; $0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*diphth-acell pertussis-tetanus*)	3; $0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-hepatitis b recomb-ipv*)	3; $0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*dtap-ipv-hib vaccine*)	3; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	3; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	3; $0	
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; $0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	3	
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (*chlordiazepoxide-clidinium*)	3	
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (*dicyclomine hcl*)	3	
dicyclomine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral solution	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral tablet	1 or 1a*	
BELLADONNA ALKALOIDS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION	3	
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 0.5 MG/5ML, 1 MG/10ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
H-2 ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
cimetidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cimetidine oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
famotidine oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
famotidine premixed intravenous solution	1 or 1b*	
nizatidine oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nizatidine oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (*famotidine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (*famotidine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
MISC. ANTI-ULCER - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (*sucralfate*)	3	
CARAFATE ORAL TABLET (*sucralfate*)	3	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	
PPI - POTASSIUM-COMPETITIVE ACID BLOCKERS (P-CAB) - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG (*vonoprazan fumarate*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG (*vonoprazan fumarate*)	3	PA; QL (56 tablets per 8 months)
PROTON PUMP INHIBITOR-ANTACID COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
KONVOMEP ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*omeprazole-sodium bicarbonate*)	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1100 mg	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
omeprazole-sodium bicarbonate oral packet	3	ST; QL (1 packet per 1 day)
ZEGERID ORAL CAPSULE (*omeprazole-sodium bicarbonate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ZEGERID ORAL PACKET (*omeprazole-sodium bicarbonate*)	3	ST; QL (1 packet per 1 day)
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*rabeprazole sodium*)	3	ST
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*dexlansoprazole*)	3	ST
dexlansoprazole oral capsule delayed release	3	ST
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	1 or 1b*	
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	1 or 1b*	ST; BE; QL (1 capsule per 1 day)
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	1 or 1b*	
lansoprazole oral tablet delayed release dispersible	3	ST
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*esomeprazole sodium*)	3	
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*esomeprazole magnesium*)	3	ST
NEXIUM ORAL PACKET (*esomeprazole magnesium*)	3	ST
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral packet	3	ST

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium-nacl intravenous solution	3	
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*lansoprazole*)	3	ST
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE (*lansoprazole*)	3	ST
PRILOSEC ORAL PACKET (*omeprazole magnesium*)	3	ST
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pantoprazole sodium*)	3	
PROTONIX ORAL PACKET (*pantoprazole sodium*)	3	ST
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*pantoprazole sodium*)	3	ST
RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	3	ST
QUATERNARY ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (*glycopyrrolate*)	3	
GLYCATE ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	PA
glycopyrrolate injection solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (*glycopyrrolate*)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*glycopyrrolate*)	3	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (*metronid-tetracyc-bis subsal*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (*bis subcit-metronid-tetracyc*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (*amoxicill-clarithro-omeprazole*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*amoxicill-rifabutin-omeprazole*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER ANTI-INFECTIVE-PCAB COMBINATIONS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK (*amoxicillin-vonoprazan*)	3	PA; QL (1 pack per 1 fill)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK (*amoxicill-clarithro-vonoprazan*)	3	PA; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CYTOTEC ORAL TABLET (*misoprostol*)	3	$0 for Fully insured members in California
misoprostol oral tablet	1 or 1a*	$0 for Fully insured members in California
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC) - DRUGS FOR THE BLADDER**		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tolterodine tartrate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
DETROL ORAL TABLET (*tolterodine tartrate*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL (*oxybutynin chloride*)	3	ST; QL (1 sachet per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride oral solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (*oxybutynin*)	3	ST; BE; QL (8 patch per 28 days)
solifenacin succinate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
tolterodine tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*fesoterodine fumarate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
trospium chloride oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VESICARE LS ORAL SUSPENSION (*solifenacin succinate*)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
VESICARE ORAL TABLET (*solifenacin succinate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
GEMTESA ORAL TABLET (*vibegron*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
mirabegron er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*mirabegron*)	3	ST; QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*mirabegron*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
bethanechol chloride oral tablet	1 or 1b*	
URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS**		
BACTERIAL VACCINES - VACCINES**		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; $0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b recomb omv adj*)	3; $0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*anthrax vaccine adsorbed*)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 21-valent conjuga*)	3; $0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*mening acy&w-135 tetanus conj*)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	3; $0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*mening acyw(tet conj)-b(rcmb)*)	3; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal vac polyvalent*)	2; $0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 20-val conj vacc*)	2; $0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b vac (recomb)*)	3; $0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*cholera vac live attenuated*)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 15-val conj vacc*)	2; $0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*typhoid vaccine*)	2	
VIRAL VACCINE COMBINATIONS - VACCINES**		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	3; $0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	3; $0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles-mumps-rubella-varicell*)	3; $0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis a-hep b recomb vac*)	3; $0	
VIRAL VACCINES - VACCINES**		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*rsv pre-fusion f a&b vac rcmb*)	3; $0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*smallpox vaccine*)	3; $0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rsvpref3 vac recomb adjuvanted*)	3; $0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*dengue virus vaccine live tetr*)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*ebola zaire virus vaccine live*)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac a&b surf ant adj*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac recombinant ha*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (*influenza virus vaccine live*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac split high-dose*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	3; $0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recomb adj*)	3; $0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rabies virus vaccine, hdc*)	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE (*poliovirus vaccine inactivated*)	3; $0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chikungunya virus vaccine live*)	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*japanese encephalitis vac inac*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*smallpox & monkeypox vac, live*)	3; $0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*rsv mrna pre-f virus vaccine*)	3; $0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe	2; $0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension	2; $0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rabies vaccine, pcec*)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (*rotavirus vaccine live oral*)	3; $0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (*rotavirus vac live pentavalent*)	3; $0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*zoster vac recomb adjuvanted*)	3; $0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*tick-borne encephalitis vacc*)	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	3; $0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*varicella virus vaccine live*)	3; $0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (*yellow fever vaccine*)	3	
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN**		
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (*butoconazole nitrate (1 dose)*)	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream 0.4 %	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
terconazole vaginal cream 0.8 %	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN**		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (*prasterone*)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPERMICIDES - BIRTH CONTROL PILLS**		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (*nonoxynol-9*)	2; $0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
TODAY SPONGE VAGINAL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VAGINAL ANTI-INFECTIVES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (*clindamycin phosphate*)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (*clindamycin phosphate*)	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (*clindamycin phosphate (1 dose)*)	3	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (*metronidazole*)	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL (*metronidazole*)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (*clindamycin phosphate*)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)
VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS - DRUGS FOR WOMEN**		
PHEXXI VAGINAL GEL (*lactic ac-citric ac-pot bitart*)	3	$0
VAGINAL ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
ESTRACE VAGINAL CREAM (*estradiol*)	3	QL (42.5 grams per 30 days)
estradiol vaginal cream	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
estradiol vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (*estradiol*)	3	QL (1 ring per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING (*estradiol acetate*)	3	QL (1 ring per 90 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 packs per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (*estrogens, conjugated*)	2	QL (1 gm per 1 day)
VAGIFEM VAGINAL TABLET (*estradiol*)	3	QL (18 tablet per 28 days)
yuvafem vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
VAGINAL PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (*progesterone*)	4	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (*progesterone*)	4	PA; LD; QL (1 applicator 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (*progesterone*)	3	PA
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION (*epinephrine*)	3	
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (*epinephrine*)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (*epinephrine*)	3	
EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (*epinephrine*)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (*epinephrine*)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
NEFFY NASAL SOLUTION (*epinephrine*)	3	ST; QL (1 carton per 1 fill)
NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
droxidopa oral capsule 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG (*droxidopa*)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (*droxidopa*)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
VASOPRESSORS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (*epinephrine-nacl*)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
epinephrine injection solution 10 mg/10ml	3	
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (*angiotensin ii acetate*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (*norepinephrine bitartrate*)	3	
midodrine hcl oral tablet	1 or 1b*	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
phenylephrine hcl (pressors) intravenous solution prefilled syringe 5 mg/50ml	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine hcl*)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
VITAMIN A - DRUGS FOR NUTRITION**		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (*vitamin a*)	3	
VITAMIN B-1 - DRUGS FOR NUTRITION**		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
VITAMIN C - DRUGS FOR NUTRITION**		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (*ascorbic acid*)	3	
VITAMIN D - DRUGS FOR NUTRITION**		
DRISDOL ORAL CAPSULE (*ergocalciferol*)	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMIN K - DRUGS FOR NUTRITION**		
phytonadione injection solution	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	1 or 1b*	
vitamin k1 injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 225
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 225
abacavir sulfate 123
abacavir sulfate-lamivudine 120
ABELCET 71
ABILIFY 119
ABILIFY ASIMTUFII 118
ABILIFY MAINTENA 118
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 119
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 119
abiraterone acetate 89
ABLYSINOL 136
ABRAXANE 108
ABRILADA (1 PEN) 19
ABRILADA (2 PEN) 20
ABRILADA (2 SYRINGE) 20
ABRYSVO 292
ABSORICA 150
ABSORICA LD 150
ACAM2000 292
acamprosate calcium 274
ACANYA 149
acarbose 58
ACCOLATE 42
ACCRUFER 199
ACCU-CHEK AVIVA PLUS 164
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 212
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 212
ACCU-CHEK GUIDE TEST 164
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 212
ACCU-CHEK SMARTVIEW 164
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 212
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 212
ACCUPRIL 78
ACCURETIC 77
accutane 150
ACCUTREND GLUCOSE 164
acebutolol hcl 127
ACETADOTE 67
acetaminophen 27
acetaminophen-codeine 29
acetazolamide 170
acetazolamide er 170
acetazolamide sodium 170
acetic acid 189, 269
acetylcysteine 67, 148
ACIPHEX 288
acitretin 152
ACTEMRA 24
ACTEMRA ACTPEN 24
ACTHAR 173
ACTHAR GEL 173
ACTHIB 291
ACTIFLOVIT EAR HEALTH 254
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE 201
ACTI-LANCE 28G 212
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G 212
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G 212
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G 212
ACTIMMUNE 104
ACTIVASE 196
ACTIVELLA 181
ACTONEL 171
ACTOPLUS MET 66
ACTOS 66
ACULAR 265
ACULAR LS 265
ACUVAIL 265
acyclovir 125, 126, 154
acyclovir sodium 126
ACZONE 149
ADACEL 286
ADAKVEO 200
adalimumab-aacf (2 pen) 20
adalimumab-aacf (2 syringe) 20
adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) 20
adalimumab-aacf(ps/uv starter) 20
adalimumab-aaty (1 pen) 20
adalimumab-aaty (2 pen) 20
adalimumab-aaty (2 syringe) 20
adalimumab-adaz 20
adalimumab-adbm (2 pen) 20
adalimumab-adbm (2 syringe) 20
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 20
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 20
adalimumab-fkjp (2 pen) 20
adalimumab-fkjp (2 syringe) 20, 21
adalimumab-ryvk (2 pen) 21
adalimumab-ryvk (2 syringe) 21
adapalene 150
ADAPALENE 150
adapalene-benzoyl peroxide 149
ADASUVE 117
ADBRY 155
ADCETRIS 93
ADCIRCA 135
ADDERALL 12
ADDERALL XR 12
ADDYI 280
adefovir dipivoxil 124
ADEMPAS 134
adenosine 38
ADIPEX-P 14
adjustable lancing device 212
ADLARITY 275
ADMELOG 60
ADMELOG SOLOSTAR 60
ADRENALIN 296
ADRENALIN-NACL 296
adriamycin 102
ADTHYZA 285
ADVAIR DISKUS 39
ADVAIR HFA 39
ADVANCE INTUITION TEST 164
ADVANCE MICRO-DRAW TEST 164
ADVANCED MOBILE LANCET 212
ADVATE 191
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 225
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 225
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 225
ADVOCATE LANCETS 212
ADVOCATE LANCETS 30G 212
ADVOCATE LANCING DEVICE 212
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING 212
ADVOCATE REDI-CODE 164
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST 164
ADVOCATE SAFETY LANCETS 212
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G 212
ADVOCATE TEST 164
ADYNOVATE 191
ADZENYS XR-ODT 13
adzynma 191
AFINITOR 99
AFINITOR DISPERZ 99
afirmelle 139
AFLURIA 292
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 292
AFREZZA 60
AFSTYLA 191
aftera 142
afterpill 142
AGAMATRIX AMP TEST 164
AGAMATRIX JAZZ TEST 164
AGAMATRIX KEYNOTE TEST 164
AGAMATRIX PRESTO TEST 164
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 212
AGAMREE 145
AGGRASTAT 194
AGRYLIN 196
AIMOVIG 233
aimsco lubricated 210
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 212
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 212
AIRDUO RESPICLICK 113/14 39
AIRDUO RESPICLICK 232/14 39
AIRDUO RESPICLICK 55/14 39
AIRSUPRA 39
AJOVY 233
AKEEGA 98
ak-fluor 264
AKLIEF 150
AKOVAZ 296
AKTEN 265
AKYNZEO 69
AKYNZEO (READY-TO-USE) 69
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 69
ALA SCALP 155
ala-cort 155
albendazole 36
ALBUKED 25 195

ALBUKED 5 ... 195
ALBUMIN HUMAN ... 195
ALBUMINEX ... 195
ALBUMIN-ZLB ... 195
ALBURX ... 195
ALBUTEIN ... 195
albuterol sulfate ... 41
ALBUTEROL SULFATE ... 41
albuterol sulfate hfa ... 41
ALCAINE ... 265
alclometasone dipropionate ... 155
ALDACTONE ... 170
ALDURAZYME ... 177
ALECENSA ... 91
alendronate sodium ... 171, 172
alfuzosin hcl er ... 188
ALIMTA ... 90
ALIQOPA ... 109
aliskiren fumarate ... 83
ALKINDI SPRINKLE ... 145
allbee/c ... 246
allopurinol ... 190
allopurinol sodium ... 190
ALLZITAL ... 27
almotriptan malate ... 234
ALOCRIL ... 263
alogliptin benzoate ... 59
alogliptin-metformin hcl ... 59
alogliptin-pioglitazone ... 60
ALOMIDE ... 263
alophen ... 206
ALOPRIM ... 190
ALORA ... 181
alosetron hcl ... 184
ALPHAGAN P ... 266
ALPHANATE ... 191
ALPHANINE SD ... 191
alprazolam ... 37
alprazolam er ... 37
ALPRAZOLAM INTENSOL ... 37
alprazolam xr ... 37
ALPROLIX ... 191
ALREX ... 267
ALTACE ... 78
altafluor benox ... 264
altavera ... 139
ALTOPREV ... 75
ALTRENO ... 150
ALTUVIIIO ... 191
ALUNBRIG ... 91, 92
ALVAIZ ... 200
ALVESCO ... 43
alvimopan ... 186
alyacen 1/35 ... 139
alyacen 7/7/7 ... 144
ALYGLO ... 271
ALYMSYS ... 111
alyq ... 135
amantadine hcl ... 112
AMBIEN ... 203
AMBIEN CR ... 203
AMBISOME ... 71
ambrisentan ... 135
amcinonide ... 155
AMCINONIDE ... 155
AMELUZ ... 161
amethyst ... 142
AMIDATE ... 187
amikacin sulfate ... 18
amiloride hcl ... 170
amiloride-hydrochlorothiazide ... 170
aminocaproic acid ... 201
aminophylline ... 44
AMINOSYN II ... 260
aminosyn ii ... 260
AMINOSYN-PF ... 260
AMINOSYN-PF 7% ... 260
amiodarone hcl ... 39
AMITIZA ... 183
amitriptyline hcl ... 57
AMJEVITA ... 21
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG ... 21
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG ... 21
amlodipine besy-benazepril hcl ... 77
amlodipine besylate ... 129
amlodipine besylate-valsartan ... 79
amlodipine-atorvastatin ... 133
amlodipine-olmesartan ... 79
amlodipine-valsartan-hctz ... 81
AMMONUL ... 179
amnesteem ... 150
AMNIOFIX ... 162
AMNIOTEXT ... 162
AMONDYS 45 ... 259
amoxapine ... 57
amoxicill-clarithro-lansopraz ... 290
amoxicillin ... 272
amoxicillin-pot clavulanate ... 273
amoxicillin-pot clavulanate er ... 273
AMPHADASE ... 240
AMPHENOL-40 ... 162
amphetamine sulfate ... 13
amphetamine-dextroamphet er ... 12
amphetamine-dextroamphetamine ... 12
amphet-dextroamphet 3-bead er ... 12
amphotericin b ... 71
amphotericin b liposome ... 71
ampicillin ... 273
ampicillin sodium ... 273
ampicillin-sulbactam sodium ... 273
AMPYRA ... 278
AMRIX ... 255
AMVISC ... 268
AMVUTTRA ... 280
AMZEEQ ... 149
ANAFRANIL ... 57
anagrelide hcl ... 196
ANALPRAM-HC ... 36
ANAPROX DS ... 24
ANASCORP ... 270
anastrozole ... 104
ANAVIP ... 271
ANCOBON ... 71
ANDEXXA ... 67
ANDROGEL PUMP ... 34
ANECTINE ... 259
ANESTHESIA S/I-40A ... 187
ANESTHESIA S/I-40H ... 187
ANESTHESIA S/I-40S ... 187
ANGELIQ ... 181
ANGIOMAX ... 46
ANKTIVA ... 104
ANNOVERA ... 142
ANORO ELLIPTA ... 40
anti-oxidant ... 248
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS ... 271
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS ... 271
ANTIVERT ... 69
ANUSOL-HC ... 36
ANZEMET ... 68
APADAZ ... 33
apap-caff-dihydrocodeine ... 30
APEXICON E ... 155
APHEXDA ... 197
APIDRA ... 60
APIDRA SOLOSTAR ... 60
APLENZIN ... 53
APOKYN ... 113
apomorphine hcl ... 113
APONVIE ... 70
apraclonidine hcl ... 266
aprepitant ... 70
APRETUDE ... 122
apri ... 139
APRISO ... 184
APTENSIO XR ... 15
APTIOM ... 47
APTIVUS ... 122
aq insulin syringe ... 225
aqinject pen needle ... 225
AQNEURSA ... 280
AQUALANCE LANCETS 30G ... 212
AQUASOL A ... 297
aquastat ... 237
Aquastat Sfr ... 237
ARAKODA ... 87
ARALAST NP ... 283
aranelle ... 144
ARANESP (ALBUMIN FREE) 197, 198
ARAVA ... 27
ARAZLO ... 150
ARCALYST ... 23
AREXVY ... 292
arformoterol tartrate ... 41
ARGATROBAN ... 46
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE ... 46
argyle sterile saline ... 189
argyle sterile water ... 241
ARICEPT ... 275
ARIKAYCE ... 18
ARIMIDEX ... 104
aripiprazole ... 119
ARISTADA ... 119
ARISTADA INITIO ... 119
ARIXTRA ... 45
armodafinil ... 15

ARMOUR THYROID 285
ARNUITY ELLIPTA 43
AROMASIN 104
ARRANON 90
arsenic trioxide 104
ARTESUNATE 87
ARTHROTEC 24
articadent dental 207
ARTISS 200
ARZERRA 92
ASCENIV 271
ASCLERA 243
ascomp-codeine 29
ASCOR 297
asenapine maleate 117
ashlyna 143
ASMANEX (120 METERED DOSES) 43
ASMANEX (14 METERED DOSES) 43
ASMANEX (30 METERED DOSES) 43
ASMANEX (60 METERED DOSES) 43
ASMANEX HFA 43
ASPARLAS 103
aspirin 28
aspirin 81 28
aspirin adult low dose 28
aspirin adult low strength 28
aspirin childrens 28
aspirin ec adult low dose 28
aspirin ec low dose 28
aspirin ec low strength 28
aspirin low dose 28
aspirin regimen 28
aspirin-dipyridamole er 195
ASPRUZYO SPRINKLE 36
ASSURE 3 TEST 164
ASSURE 4 TEST 164
ASSURE COMFORT LANCETS 28G 212
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 225
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 225
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 225
ASSURE II 164
ASSURE II CHECK 164
ASSURE LANCE LANCETS 212
ASSURE LANCE LANCETS 21G 212
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G 212
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G 212
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G 212
ASSURE PLATINUM 164
ASSURE PRISM MULTI TEST 164
ASSURE PRO TEST 164
ASTAGRAF XL 241
ATABEX EC 250
ATABEX OB 250
ATACAND 80, 81
ATACAND HCT 80
atazanavir sulfate 122
ATELVIA 172
atenolol 127
atenolol-chlorthalidone 83
ATGAM 240
ATIVAN 37
atomoxetine hcl 12
ATORVALIQ 75
atorvastatin calcium 75
atovaquone 84
atovaquone-proguanil hcl 87
atracurium besylate 259
ATRALIN 150
ATROPINE SULFATE 262, 287
ATROVENT HFA 42
AUBAGIO 276
aubra eq 139
AUDENZ 292
AUGMENTIN 273
AUGMENTIN ES-600 273
AUGTYRO 101
aum insulin safety pen needle 225
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 225
aum pen needle 225
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 225
AUM SAFETY PEN NEEDLE 225
AURLUMYN 134
AURORA LANCET SUPER THIN 30G 212
AURORA LANCET THIN 23G 212
AURORA PEN NEEDLES 225
aurovela 1.5/30 139
aurovela 1/20 139
aurovela 24 fe 139
aurovela fe 1.5/30 139
aurovela fe 1/20 139
AURYXIA 186
AUSTEDO 276
AUSTEDO XR 276
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 276
AUTO-LANCET 213
AUTO-LANCET MINI 213
AUTOLET II CLINISAFE 213
AUTOLET LANCING DEVICE 213
AUTOLET LITE CLINISAFE 213
AUTOLET LITE STARTER PACK 213
AUTOLET MINI 213
AUTOLET PLATFORMS 213
AUTOLET PLUS 213
AUVELITY 53
AUVI-Q 296
AVALIDE 80
avanafil 135
AVAPRO 81
AVASTIN 111
AVEED 34
aviane 139
AVITENE 201
AVITENE FLOUR 201
AVODART 188
AVONEX PEN 277
AVONEX PREFILLED 277
AVSOLA 187
AVYCAZ 136
ayuna 139
AYVAKIT 101
azacitidine 90
AZACTAM 86
azasan 242
AZASITE 263
azathioprine 243
AZATHIOPRINE SODIUM 243
azelaic acid 161
azelastine hcl 258, 263
azelastine-fluticasone 257
AZELEX 150
AZESCO 250
AZILECT 112
azithromycin 208
AZMIRO 35
AZOPT 264
AZOR 79
AZSTARYS 15
aztreonam 86
AZULFIDINE 184
AZULFIDINE EN-TABS 184
azurette 138
b complex (lipotropics) 254
b complex 100 tr 246
b complex formula 1 (lipotrop) 254
b complex formula 1 (w/ fa) 246
b complex-b12 245
b complex-c 246
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 246
b complex-c-folic acid 245
b-100 b-complex 246
b-100 complex cr 246
b-100 tr 246
b-50 complex 246
BABYBIG 271
bac 27
bacitracin 263
bacitracin-polymyxin b 264
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 266
baclofen 255
BACTRIM 84
BACTRIM DS 84
BAFIERTAM 278
balance b-100 254
balance b-50 246
balanced b complex 246
balanced b-100 246, 247
balanced b-50 complex 254
balanced b-50/fa 247
BALCOLTRA 139
BALFAXAR 191
balsalazide disodium 185
BALVERSA 97
balziva 139
BANZEL 47
BAQSIMI ONE PACK 58
BAQSIMI TWO PACK 58
BARACLUDE 124
BARHEMSYS 70

BASAGLAR KWIKPEN 60
BASAGLAR TEMPO PEN 60
BAVENCIO 94
BAXDELA 182
bayer aspirin ec low dose 28
bayer low dose 28
BCG VACCINE 291
b-compleet-100 247
b-compleet-50 247
b-complex 247
b-complex (folic acid) 246
b-complex balanced 245
b-complex plus b-12 245
b-complex/b-12 245
b-complex/electrolytes 246
b-complex/vitamin c 245
b-complex-c 246
b-complex-c (w/folic acid) 245
BD AUTOSHIELD DUO 225
bd heparin posiflush 45
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 225
BD INSULIN SYRINGE 225
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 225
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 225
BD INSULIN SYRINGE U/F 225
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 225
BD INSULIN SYRINGE U-500 226
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 226
BD MICROTAINER LANCETS 213
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 226
BD PEN NEEDLE MINI U/F 226
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 226
BD PEN NEEDLE NANO U/F 226
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 226
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 226
bd posiflush 238
Bd Posiflush Safescrub 238
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 226
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 226
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 226
BELBUCA 33
BELEODAQ 98
BELRAPZO 89
BELSOMRA 203
benazepril hcl 78
benazepril-hydrochlorothiazide 77
bendamustine hcl 89
BENDEKA 89
BENEFIX 191
BENICAR 81
BENICAR HCT 80
BENLYSTA 238, 239
BENTYL 287
BENZALKONIUM CHLORIDE 120
BENZAMYCIN 149
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 33
BENZNIDAZOLE 36
benzonatate 147
benzoyl peroxide-erythromycin 149
benzphetamine hcl 14
benztropine mesylate 112
BEOVU 269
bepotastine besilate 263
BEPREVE 263
BERINERT 193
BESIVANCE 263
BESPONSA 93
BESREMI 104
BETADINE OPHTHALMIC PREP 264
betaine 175
betamethasone dipropionate 155, 156
betamethasone dipropionate aug 155
betamethasone valerate 156
BETAPACE 128
BETAPACE AF 128
BETASERON 277
betaxolol hcl 127, 261
bethanechol chloride 291
BETHKIS 18
BETIMOL 261
BETOPTIC-S 261
better b complex 246
BEVESPI AEROSPHERE 40
bexagliflozin 64
bexarotene 110, 163
BEXSERO 291
BEYAZ 139
BEYFORTUS 271
bicalutamide 89
BICILLIN C-R 273
BICILLIN C-R 900/300 273
BICILLIN L-A 273
BIDIL 133
big 100 246
big 100 (biotin) 247
BIJUVA 181
BIKTARVY 120
BILTRICIDE 36
bimatoprost 161, 268
BIMZELX 153
BINOSTO 172
BIORPHEN 296
BIOTEL CARE TEST STRIPS 164
BIOTHRAX 291
bis subcit-metronid-tetracyc 289
bisacodyl 206
bisacodyl ec 206
bismuth/metronidaz/tetracyclin 289
bisoprolol fumarate 127
bisoprolol-hydrochlorothiazide 83
bivalirudin trifluoroacetate 46
BIVIGAM 271
bleomycin sulfate 102
BLINCYTO 95
blisovi 24 fe 139
blisovi fe 1.5/30 139
blisovi fe 1/20 139
BLOOD GLUCOSE TEST 164
blood glucose test strips 333 164
BLOXIVERZ 88
BLULINK GLUCOSE TEST 164
BONJESTA 69
BOOSTRIX 286
bortezomib 101
BORUZU 101
bosentan 135
BOSULIF 95
BOTOX 259
BOTOX COSMETIC 158
BRAFTOVI 96
BRENZAVVY 64
BREO ELLIPTA 40
BREVIBLOC 127
BREVIBLOC IN NACL 127
BREVIBLOC PREMIXED 128
BREVIBLOC PREMIXED DS 127
BREVITAL SODIUM 188
BREXAFEMME 71
Breyna 40
BREZTRI AEROSPHERE 40
BRIDION 67
briellyn 139
BRILINTA 194
brimonidine tartrate 161, 266
brimonidine tartrate-timolol 261
brinzolamide 264
BRIUMVI 278
BRIVIACT 47
BRIXADI 33
BRIXADI (WEEKLY) 33
bromfenac sodium 265
bromfenac sodium (once-daily) 265
bromocriptine mesylate 112
BROMSITE 265
BRONCHITOL 283
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 283
BROVANA 41
BRUKINSA 96
BRYHALI 156
BSS 265
BSS PLUS 265
budesonide 35, 43, 145
budesonide er 145
budesonide-formoterol fumarate 40
bumetanide 170
BUMEX 170
BUPHENYL 179
BUPIVACAINE FISIOPHARMA 208
bupivacaine hcl (pf) 208
bupivacaine-epinephrine 207
bupivacaine-epinephrine (pf) 207
buprenorphine 34
buprenorphine hcl 33
buprenorphine hcl-naloxone hcl 33, 34
bupropion hcl 53
bupropion hcl er (smoking det) 280
bupropion hcl er (sr) 53
bupropion hcl er (xl) 53
buspirone hcl 37

busulfan ... 89
BUSULFEX ... 89
butalbital-acetaminophen ... 27
butalbital-apap-caff-cod ... 29
butalbital-apap-caffeine ... 27
butalbital-asa-caff-codeine ... 29
butalbital-aspirin-caffeine ... 28
butorphanol tartrate ... 34
BUTRANS ... 34
BYDUREON BCISE ... 63
BYETTA 10 MCG PEN ... 63
BYETTA 5 MCG PEN ... 63
BYFAVO ... 202
BYLVAY ... 184
BYLVAY (PELLETS) ... 184
BYOOVIZ ... 269
BYSTOLIC ... 128
CABENUVA ... 120
cabergoline ... 173
CABLIVI ... 193
CABOMETYX ... 100
CABTREO ... 149
CADUET ... 133
caffeine citrate ... 14
calcipotriene ... 154
calcipotriene-betameth diprop ... 163
calcitonin (salmon) ... 172
calcitrene ... 154
calcitriol ... 154, 175
calcium acetate ... 186
calcium acetate (phos binder) ... 186
CALCIUM GLUCONATE ... 235
CALCIUM GLUCONATE-NACL ... 235
CALDOLOR ... 24
CALQUENCE ... 96
CAMBIA ... 233
CAMCEVI ... 107
camila ... 144
CAMPTOSAR ... 110
camrese ... 143
camrese lo ... 143
CAMZYOS ... 133
CANASA ... 185
CANCIDAS ... 70
candesartan cilexetil ... 81
candesartan cilexetil-hctz ... 80
capecitabine ... 90
CAPLYTA ... 114
CAPRELSA ... 100
captopril ... 78
captopril-hydrochlorothiazide ... 77
CAPVAXIVE ... 291
CARAC ... 152
CARAFATE ... 288
CARBAGLU ... 175
carbamazepine ... 47
carbamazepine er ... 47
CARBATROL ... 47
carbidopa ... 113
carbidopa-levodopa ... 113
carbidopa-levodopa er ... 113
carbidopa-levodopa-entacapone ... 113
carbinoxamine maleate ... 72
carbinoxamine maleate er ... 72
carboplatin ... 89
carboprost tromethamine ... 270
CARDENE IV ... 129
CARDIOCOM LANCING DEVICE 213
CARDIZEM ... 129
CARDIZEM CD ... 129
CARDIZEM LA ... 129
CARDURA ... 82
CARDURA XL ... 188
CAREFINE PEN NEEDLES ... 226
careone advanced lancing dev ... 213
CAREONE BLOOD GLUCOSE TEST ... 164
CAREONE INSULIN SYRINGE ... 226
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G ... 213
CAREONE LANCET THIN 23G ... 213
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS ... 226
CARESENS LANCETS ... 213
CARESENS LANCETS 30G ... 213
CARESENS N GLUCOSE TEST ... 164
CARETOUCH INSULIN SYRINGE ... 226
CARETOUCH LANCING/EJECTOR ... 213
CARETOUCH PEN NEEDLES ... 226
CARETOUCH SAFETY LANCETS 213
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G ... 213
CARETOUCH TEST ... 164
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G ... 213
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G ... 213
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G ... 213
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G ... 213
carglumic acid ... 175
carisoprodol ... 255
carmustine ... 109
CARNITOR ... 172
CARNITOR SF ... 172
CAROSPIR ... 171
carteolol hcl ... 261
cartia xt ... 129, 130
carvedilol ... 127
carvedilol phosphate er ... 127
CASODEX ... 90
CASPOFUNGIN ACETATE ... 70
CATAPRES-TTS-1 ... 82
CATAPRES-TTS-2 ... 82
CATAPRES-TTS-3 ... 82
CATHFLO ACTIVASE ... 196
CAVERJECT ... 134
CAVERJECT IMPULSE ... 134
CAYA ... 211
CAYSTON ... 86
cefaclor ... 137
CEFACLOR ER ... 137
cefadroxil ... 136
cefazolin sodium ... 136, 137
CEFAZOLIN SODIUM ... 137
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE ... 137
cefazolin sodium-dextrose ... 137
cefdinir ... 137
cefepime hcl ... 138
CEFEPIME HCL ... 138
CEFEPIME-DEXTROSE ... 138
cefixime ... 137
CEFOTAN ... 137
cefotaxime sodium ... 137
cefotetan disodium ... 137
cefoxitin sodium ... 137
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE ... 137
cefpodoxime proxetil ... 137
cefprozil ... 137
ceftazidime ... 137
ceftriaxone sodium ... 138
CEFTRIAXONE SODIUM ... 138
ceftriaxone sodium in dextrose ... 137
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE ... 138
cefuroxime axetil ... 137
cefuroxime sodium ... 137
CELEBREX ... 23
celecoxib ... 23
CELESTONE SOLUSPAN ... 147
CELEXA ... 54
CELLCEPT ... 240, 241
CELLCEPT INTRAVENOUS ... 240
CELLUGEL ... 268
CELONTIN ... 52
cephalexin ... 137
CEPROTIN ... 194
CEQUA ... 265
CEQUR SIMPLICITY 2U ... 226
CERDELGA ... 196
CEREBYX ... 52
CEREZYME ... 196
CERVIDIL ... 270
cetirizine hcl ... 73
CETRAXAL ... 270
cetrorelix acetate ... 173
CETROTIDE ... 173
cevimeline hcl ... 245
charlotte 24 fe ... 139
chateal eq ... 139
CHEMET ... 67
CHENODAL ... 183
childrens aspirin ... 28
chloramphenicol sod succinate ... 85
chlordiazepoxide hcl ... 37
chlordiazepoxide-amitriptyline ... 275
chlordiazepoxide-clidinium ... 287
chlorhexidine gluconate ... 243
chloroprocaine hcl (pf) ... 208
chloroquine phosphate ... 87
chlorothiazide sodium ... 171
chlorpromazine hcl ... 118
CHLORPROMAZINE HCL ... 118
chlorthalidone ... 171

chlorzoxazone 255
CHOLBAM 183
cholestyramine 74
cholestyramine light 74
CHORIONIC GONADOTROPIN ... 177
CHOSEN LANCETS 30G 213
CHOSEN LANCING DEVICE 213
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G 213
chromic chloride 238
CIALIS 136
CIBINQO 155
ciclodan 151
ciclopirox 151
ciclopirox olamine 151
cidofovir 124
cilostazol 194
CILOXAN 263
CIMDUO 120
CIMERLI 269
cimetidine 287
cimetidine hcl 287
CIMZIA 187
CIMZIA (2 SYRINGE) 187
CIMZIA-STARTER 187
cinacalcet hcl 172
CINQAIR 42
CINRYZE 193
CINVANTI 70
CIPRO 182
CIPRO HC 270
ciprofloxacin hcl 182, 263, 270
ciprofloxacin in d5w 182
ciprofloxacin-dexamethasone 270
ciprofloxacin-fluocinolone pf 270
cisatracurium besylate 259
cisatracurium besylate (pf) 259
cisplatin 89
CISPLATIN 89
CITALOPRAM HYDROBROMIDE . 54
citalopram hydrobromide 54
CITRANATAL 90 DHA 253
CITRANATAL ASSURE 253
CITRANATAL B-CALM 250
CITRANATAL HARMONY 253
CITRANATAL MEDLEY 253
citrate of magnesia 205
citroma 206
cladribine 90
claravis 150
CLARINEX 73
CLARINEX-D 12 HOUR 148
clarithromycin 209
clarithromycin er 209
CLASSIC PRENATAL 250
CLEANLET LANCETS 28G 213
clearlax 204
CLEMASTINE FUMARATE 73
clemastine fumarate 73
CLENPIQ 204
CLEOCIN 86, 295
CLEOCIN PHOSPHATE 86
CLEOCIN-T 149
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST 164
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE 164
CLEVER CHEK LANCETS 213
CLEVER CHEK TEST 164
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST 164
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 213, 226
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 213
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 213
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 213
CLEVER CHOICE MICRO TEST .. 164
CLEVER CHOICE NO CODING 165
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM 165
CLEVIPREX 130
CLICKFINE PEN NEEDLES 226
CLIMARA 181
CLIMARA PRO 181
Clindacin 149
clindacin etz 149
clindacin-p 149
CLINDAGEL 149
clindamycin hcl 86
clindamycin palmitate hcl 86
clindamycin phos-benzoyl perox 149
clindamycin phosphate 86, 149, 295
clindamycin phosphate in d5w 86
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 86
clindamycin-tretinoin 149
CLINDESSE 295
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) .. 260
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 260
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) .. 260
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 260
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 260
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 260
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 260
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ... 260
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 260
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 260
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 260
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 260
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 260
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 260
clinisol sf 260
CLINOLIPID 261
clinpro 5000 244
clobazam 46
clobetasol propionate 156, 267
clobetasol propionate e 156
clobetasol propionate emulsion 156
CLOBEX 156
CLOBEX SPRAY 156
clocortolone pivalate 156
clodan 156
CLODERM 156
clofarabine 90
Clomid 178
clomiphene citrate 178
clomipramine hcl 57
clonazepam 46
clonidine 82
clonidine er 82
clonidine hcl 82
clonidine hcl er 12
clopidogrel bisulfate 196
clorazepate dipotassium 37
clotrimazole 159, 243
clotrimazole-betamethasone 151
clozapine 116, 117
CLOZARIL 117
C-NATE DHA 250
CNJ-016 271
COAGADEX 191
COAGUCHEK LANCETS 213
coal tar 162
COARTEM 87
COBENFY 118
COBENFY STARTER PACK 118
COCAINE HCL 258
CODEINE SULFATE 30
codeine sulfate 30
CODITUSSIN AC 147
CODITUSSIN DAC 148
COLAZAL 185
colchicine 190
colchicine-probenecid 190
colesevelam hcl 74
COLESTID 74
colestipol hcl 74
colistimethate sodium (cba) 87
COLUMVI 96
COLY-MYCIN M 87
COMBIGAN 261
COMBIPATCH 181
COMBIVENT RESPIMAT 40
COMBOGESIC 24
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 100
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 100
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 100
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 226
COMFORT ASSURED LANCETS 28G 213
COMFORT ASSURED LANCETS 33G 213
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 226
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 226
COMFORT EZ PEN NEEDLES 226
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 226
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 226
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 226
COMFORT TOUCH LANCETS 31G 213

COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G 214
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G 214
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G 214
COMIRNATY 292
COMPLERA 120
COMPLETE NATAL DHA 253
COMPLETENATE 250
complex b-100 247
COMPLEX B-100-INOSITOL 254
complex b-50 prolonged release 247
compro 118
CO-NATAL FA 250
CONCEPT DHA 250
CONCEPT OB 251
CONCERTA 15
condoms 210
CONDYLOX 159
CONJUPRI 130
constulose 205
CONTOUR NEXT TEST 165
CONTOUR PLUS TEST 165
CONTOUR TEST 165
CONTRAVE 14
CONZIP 30
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 165
COPASIL 162
COPAXONE 278
COPIKTRA 109
CORDRAN 156
COREG 127
COREG CR 127
CORIFACT 191
CORLANOR 136
CORTEF 145
CORTENEMA 35
CORTIFOAM 36
cortisone acetate 145
CORTISPORIN-TC 270
CORTROPHIN 173
CORVERT 39
COSELA 108
COSENTYX 153
COSENTYX (300 MG DOSE) 153
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 153
COSENTYX SENSOREADY PEN 153
COSENTYX UNOREADY 153
COSOPT 261
COSOPT PF 261
COTELLIC 99
COTEMPLA XR-ODT 15
COXANTO 24
COZAAR 81
CREON 169
CRESEMBA 71
CRESTOR 75
CREXONT 113
CRINONE 295
CROFAB 271
cromolyn sodium 41, 183, 263
crotan 161
cryselle-28 139
CRYSVITA 181
cupric chloride 238
CUPRIMINE 239
CURAE 143
curity sterile saline 189
CUTAQUIG 271
CUVITRU 271
CUVPOSA 289
CUVRIOR 239
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST 165
cvs aspirin adult low dose 28
cvs aspirin adult low strength 28
cvs aspirin ec 28
cvs aspirin low dose 28
cvs aspirin low strength 28
cvs b complex plus c 246
cvs balanced b50 254
cvs c-lax laxative 206
cvs folic acid 198
cvs gentle laxative 206
cvs gentle laxative womens 206
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS 165
cvs inner ear plus 254
CVS LANCETS 21G 214
CVS LANCETS MICRO THIN 33G 214
CVS LANCETS ORIGINAL 214
CVS LANCETS THIN 26G 214
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G 214
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G 214
cvs lancing device 214
cvs magnesium citrate 206
cvs milk of magnesia 206
cvs nicotine 280
cvs nicotine polacrilex 280
CVS PRENATAL 251
cvs purelax 205
cvs super b complex/c 246
cvs true metrix glucose test 165
CVS ULTRA THIN LANCETS 214
cyanocobalamin 197
CYANOKIT 67
cyclobenzaprine hcl 255
cyclobenzaprine hcl er 255
CYCLOGYL 262
CYCLOMYDRIL 262
cyclopentolate hcl 262
cyclophosphamide 108
CYCLOPHOSPHAMIDE 108
cycloserine 88
CYCLOSET 60
cyclosporine 240, 265
cyclosporine modified 239
CYGNUS DUAL 162
CYKLOKAPRON 201
CYLTEZO (2 PEN) 21
CYLTEZO (2 SYRINGE) 21
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER 21
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER 21
CYMBALTA 55, 56
cyproheptadine hcl 73
CYRAMZA 111
cyred eq 139
CYSTADANE 175
CYSTADROPS 268
CYSTAGON 189
CYSTARAN 268
cytarabine 90
cytarabine (pf) 90
CYTOGAM 271
CYTOMEL 285
CYTOTEC 290
dabigatran etexilate mesylate 46
dacarbazine 104
dactinomycin 102
daily multiple vitamins 248
daily value multivitamin 248
daily vitamins 248
daily vite 248
daily vite multivitamin/iron 247
daily vites 248
daily-vite 248
daily-vite multivitamin 248
dalfampridine er 278
DALIRESP 43
DALVANCE 85
danazol 35
DANTRIUM 256
dantrolene sodium 256
DANYELZA 93
dapagliflozin pro-metformin er 65
dapagliflozin propanediol 65
dapsone 86, 149
DAPTACEL 286
DAPTOMYCIN 85
daptomycin-sodium chloride 85
DARAPRIM 87
darifenacin hydrobromide er 290
darunavir 122
DARZALEX 93
DARZALEX FASPRO 103
dasatinib 95
dasetta 1/35 139
dasetta 7/7/7 144
DAUNORUBICIN HCL 102
DAURISMO 98
DAVIMET-FLUORIDE 249
DAXXIFY 159
DAYBUE 259
DAYPRO 24
daysee 143
DAYTRANA 15
DAYVIGO 203
D-CARE BLOOD GLUCOSE 165
DDAVP 180
DDAVP PF 180
deblitane 144
decitabine 90
deferasirox 67
deferasirox granules 67

deferiprone ... 67
deferoxamine mesylate ... 67
DEFITELIO ... 196
deflazacort ... 145
DEFLUX ... 190
DELESTROGEN ... 181
DELSTRIGO ... 120
delyla ... 139
DELZICOL ... 185
demeclocycline hcl ... 284
DEMEROL ... 30
DEMSER ... 79
DENAVIR ... 154
DENGVAXIA ... 293
denta 5000 plus ... 244
denta 5000 plus sensitive ... 244
dentagel ... 244
DEPAKOTE ... 53
DEPAKOTE ER ... 52, 53
DEPAKOTE SPRINKLES ... 53
DEPEN TITRATABS ... 239
DEPO-ESTRADIOL ... 181
DEPO-MEDROL ... 145
DEPO-PROVERA ... 143, 144
DEPO-SUBQ PROVERA 104 ... 144
DEPO-TESTOSTERONE ... 35
DERMA-SMOOTHE/FS BODY ... 156
DERMOTIC ... 270
DESCOVY ... 120
DESFERAL ... 67
desflurane ... 188
desipramine hcl ... 57
desloratadine ... 73
desmopressin ace spray refrig ... 180
desmopressin acetate ... 180
DESMOPRESSIN ACETATE ... 180
desmopressin acetate pf ... 180
desmopressin acetate spray ... 180
desogestrel-ethinyl estradiol ... 138
desonide ... 156
DESOWEN ... 156
desoximetasone ... 156
DESOXYN ... 13
DESVENLAFAXINE ER ... 56
desvenlafaxine succinate er ... 56
DETROL ... 290
DETROL LA ... 290
DEXABLISS ... 145
dexamethasone ... 145, 146
DEXAMETHASONE INTENSOL ... 145
dexamethasone sod phos +rfid ... 146
dexamethasone sod phosphate pf ... 146
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF ... 146
dexamethasone sodium phosphate 146, 267
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE ... 146
DEXCOM G6 RECEIVER ... 214
DEXCOM G6 SENSOR ... 214
DEXCOM G6 TRANSMITTER ... 214
DEXCOM G7 RECEIVER ... 214
DEXCOM G7 SENSOR ... 214
DEXEDRINE ... 13
DEXILANT ... 288
dexlansoprazole ... 288
DEXMEDETOMIDINE HCL ... 203
dexmedetomidine hcl ... 203
dexmedetomidine hcl in nacl ... 203
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE ... 204
dexmethylphenidate hcl ... 16
dexmethylphenidate hcl er ... 15, 16
dexrazoxane ... 105
dexrazoxane hcl ... 105
DEXTENZA ... 267
dextroamphetamine sulfate ... 13
dextroamphetamine sulfate er ... 13
dextrose ... 260
DEXTROSE ... 261
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 ... 235
dextrose in lactated ringers ... 235
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 235
dextrose-sodium chloride ... 235
DEXYCU ... 267
DHIVY ... 113
DIACOMIT ... 47
dialyvite 800 ... 245
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST ... 165
DIATHRIVE GLUCOSE TEST ... 165
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 ... 214
DIATHRIVE LANCETS ... 214
DIATHRIVE LANCING DEVICE .. 214
DIATHRIVE PEN NEEDLE ... 227
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST ... 165
diazepam ... 37, 38, 46
diazepam intensol ... 38
diazoxide ... 58
DIBENZYLINE ... 79
dichlorphenamide ... 170
DICLEGIS ... 69
diclofenac epolamine ... 152
diclofenac potassium ... 24
diclofenac potassium(migraine) ... 233
diclofenac sodium ... 25, 152, 265
diclofenac sodium er ... 25
diclofenac-misoprostol ... 24
dicloxacillin sodium ... 274
dicyclomine hcl ... 287
diethylpropion hcl ... 14
diethylpropion hcl er ... 14
DIFFERIN ... 150
DIFICID ... 209
diflorasone diacetate ... 156
DIFLUCAN ... 71
diflunisal ... 28
difluprednate ... 267
DIGIFAB ... 67
digoxin ... 132
dihydroergotamine mesylate ... 233
DILANTIN ... 52
DILANTIN INFATABS ... 52
DILANTIN-125 ... 52
DILAUDID ... 30
diltiazem hcl ... 130
DILTIAZEM HCL ... 130
diltiazem hcl er ... 130
diltiazem hcl er beads ... 130
diltiazem hcl er coated beads ... 130
dilt-xr ... 130
DIMENHYDRINATE ... 69
dimethyl fumarate ... 278
dimethyl fumarate starter pack ... 278
DIOVAN ... 81
DIOVAN HCT ... 80
DIPENTUM ... 185
diphenhydramine hcl ... 73
diphenoxylate-atropine ... 66
DIPRIVAN ... 187
DIPROLENE ... 156
dipyridamole ... 196
DISCOVISC ... 268
disopyramide phosphate ... 38
disulfiram ... 274
DIURIL ... 171
divalproex sodium ... 53
divalproex sodium er ... 53
DIVIGEL ... 181
dobutamine hcl ... 133
DOBUTAMINE-DEXTROSE ... 133
DOCETAXEL ... 108
DOCIVYX ... 108
dodex ... 197
dofetilide ... 39
DOJOLVI ... 261
dolishale ... 142
DOLOBID ... 28
donepezil hcl ... 275
DOPAMINE HCL ... 133
DOPAMINE-DEXTROSE ... 133
DOPRAM ... 14
DOPTELET ... 200
DORYX MPC ... 284
dorzolamide hcl ... 264
dorzolamide hcl-timolol mal ... 261
dorzolamide hcl-timolol mal pf ... 261
dotti ... 181
DOVATO ... 120
doxazosin mesylate ... 82
doxepin hcl ... 57, 152, 203
doxercalciferol ... 175
DOXIL ... 102
doxorubicin hcl ... 102
doxorubicin hcl liposomal ... 102
doxy 100 ... 284
doxycycline ... 161
doxycycline hyclate ... 284, 285
doxycycline monohydrate ... 285
doxylamine-pyridoxine ... 69
DRISDOL ... 297
DRIZALMA SPRINKLE ... 56
dronabinol ... 70
droperidol ... 37
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE ... 214
DROPLET INSULIN SYRINGE ... 227

DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G 214
DROPLET LANCING DEVICE 214
DROPLET MICRON 227
DROPLET PEN NEEDLES 227
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G 214
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 227
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 227
drospiren-eth estrad-levomefol 139
drospirenone-ethinyl estradiol 139
DROXIA 197
droxidopa 296
DRUG MART LANCETS THIN 26G 214
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G 214
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 227
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 227
DRUG MART UNILET LANCETS 28G 214
DRUG MART UNILET LANCETS 30G 214
DRUG MART UNILET LANCETS 33G 214
DSUVIA 30
DUAKLIR PRESSAIR 40
DUAVEE 182
DUETACT 66
DUEXIS 24
dulcolax 206
dulcolax milk of magnesia 206
DULERA 40
duloxetine hcl 56
DUOBRII 163
DUO-CARE TEST 165
DUOPA 113
DUOVISC 268
DUPIXENT 155
duramorph 30
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN 210
DUREX REALFEEL 210
DUREX TROPICAL 210
DUREZOL 267
DUROLANE 257
DURYSTA 269
dutasteride 188
dutasteride-tamsulosin hcl 189
DUVYZAT 259
DYANAVEL XR 13
dyclopro 160
DYMISTA 257
DYRENIUM 171
DYSPORT 259
e.e.s. 400 209
E.E.S. GRANULES 209
ear health formula 254
ear health plus 255
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 227
easy comfort insulin syringe 227
EASY COMFORT LANCETS 214
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP 214
EASY COMFORT PEN NEEDLES 227
EASY GLIDE PEN NEEDLES 227
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST 165
easy mini eject lancing device 214
easy mini lancing device 214
EASY PLUS II GLUCOSE TEST 165
EASY STEP TEST 165
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST 165
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS 165
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 227
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE 165
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 227
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 227
EASY TOUCH LANCETS 21G 214
EASY TOUCH LANCETS 23G 214
EASY TOUCH LANCETS 26G 214
EASY TOUCH LANCETS 28G 214
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST 215
EASY TOUCH LANCETS 30G 215
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST 215
EASY TOUCH LANCETS 32G 215
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST 215
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST 215
EASY TOUCH LANCING DEVICE 215
EASY TOUCH PEN NEEDLES 227
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G 215
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G 215
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G 215
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G 215
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 227
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 227
EASY TOUCH TEST 165
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST 165
EASY TRAK II GLUCOSE TEST 165
easygel 244
EASYGLUCO 165
EASYMAX 15 TEST 165
EASYMAX TEST 165
EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST 165
EASYPRO PLUS 165
EBGLYSS 155
EC-NAPROSYN 25
ec-naproxen 25
econazole nitrate 159
econtra one-step 143
ecotrin low strength 28
ECOZA 159
edaravone 258
EDARBI 81
EDARBYCLOR 80
EDECRIN 170
edetate calcium disodium 67
EDEX 134
EDLUAR 203
EDURANT 123
efavirenz 123
efavirenz-emtricitab-tenofo df 120
efavirenz-lamivudine-tenofovir 120
EFFEXOR XR 56
EFFIENT 196
EFUDEX 152
EGRIFTA SV 174
ELAHERE 103
ELAPRASE 177
ELCYS 260
ELELYSO 197
ELEMENT COMPACT TEST 165
ELEMENT TEST 165
ELEPSIA XR 47
ELESTRIN 182
eletriptan hydrobromide 234
ELFABRIO 173
ELIDEL 160
ELIGARD 107
ELIMITE 161
elinest 139
ELIQUIS 44
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 44
ELITEK 105
elite-ob 251
ELIXOPHYLLIN 44
ELLA 143
ELLENCE 102
ELMIRON 189
ELOCTATE 191
ELREXFIO 96
eluryng 142
ELYXYB 233
ELZONRIS 104
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST 165
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST 165
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G 215
embrace lancing device/ejector 215
EMBRACE PEN NEEDLES 227
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G 215
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G 215
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST 165

EMBRACE TALK GLUCOSE TEST 166
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE 166
EMEND 70
EMEND TRI-PACK 70
EMERPHED 296
EMFLAZA 146
EMGALITY 233
EMGALITY (300 MG DOSE) 233
EMPAVELI 193
EMPLICITI 94
EMSAM 54
emtricitabine 123
emtricitabine-tenofovir df 121
EMTRIVA 123
EMVERM 36
Emzahh 144
enalapril maleate 78
enalaprilat 78
enalapril-hydrochlorothiazide 77
ENBRACE HR 251
ENBREL 27
ENBREL MINI 27
ENBREL SURECLICK 27
ENCARE 295
ENDARI 197
ENDO AVITENE 201
endocet 33
ENDOMETRIN 296
endur-b 247
ENFAMIL EXPECTA 253
ENGERIX-B 293
ENHERTU 103
Enilloring 142
ENJAYMO 193
ENLITE GLUCOSE SENSOR 215
enoxaparin sodium 45
enpresse-28 144
enskyce 139
ENSPRYNG 242
ENSTILAR 163
entacapone 114
ENTADFI 189
entecavir 124
ENTRESTO 133
ENTYVIO 185
ENTYVIO PEN 185
enulose 186
ENVARSUS XR 241
EOHILIA 146
EPANED 78
EPCLUSA 125
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 296
EPICORD 162
EPIDIOLEX 47
EPIDUO 149
EPIDUO FORTE 149
EPIFIX 162
EPIFIX MICRONIZED 162
EPIFOAM 162
epinastine hcl 263
epinephrine 296
EPINEPHRINE 296
epinephrine (anaphylaxis) 296
EPINEPHRINE PF 296
EPINEPHRINESNAP 296
EPIPEN 2-PAK 296
EPIPEN JR 2-PAK 296
epitol 47
EPIVIR 123
EPKINLY 96
eplerenone 83
EPOGEN 198
epoprostenol sodium 134
EPRONTIA 47
EPSOLAY 150
eptifibatide 194
eq aspirin adult low dose 28
eq aspirin low dose 28
EQ BLOOD GLUCOSE TEST 166
eq clearlax 205
eq gentle laxative 207
eq laxative 205
eq magnesium citrate 206
eq nicotine 280
eq nicotine polacrilex 280
eq nicotine step 3 280
eql aspirin low dose 28
eql b complex 50 247
eql b-100 complex 247
eql clearlax 205
EQL COLOR LANCETS 21G 215
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G 215
eql gentle laxative 207
EQL INSULIN SYRINGE 227
eql laxative 207
eql magnesium citrate 206
EQL PRENATAL FORMULA 251
eql super b complex/vitamin c 245
EQL SUPER THIN LANCETS 30G 215
EQL THIN LANCETS 26G 215
EQUETRO 114
ERAXIS 70
ERBITUX 97
ergocalciferol 297
ergoloid mesylates 280
ERGOMAR 234
ergotamine-caffeine 233
eribulin mesylate 108
ERIVEDGE 98
ERLEADA 90
erlotinib hcl 97
ERMEZA 285
errin 144
ERTACZO 159
ertapenem sodium 84
ERVEBO 293
ery 149
ERYGEL 149
ERYPED 200 209
ERYPED 400 209
ery-tab 209
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 209
erythromycin 149, 209, 263
erythromycin base 209
erythromycin ethylsuccinate 209
erythromycin lactobionate 209
ERZOFRI 115
ESBRIET 284
escitalopram oxalate 54
ESGIC 28
ESKATA 162
esmolol hcl 128
ESMOLOL HCL 128
esmolol hcl-sodium chloride 128
esomeprazole magnesium 288
esomeprazole sodium 288
ESPEROCT 191
estarylla 139
estazolam 202
ESTRACE 182, 295
estradiol 182, 295
estradiol valerate 182
estradiol-norethindrone acet 181
ESTRING 295
ESTROFACTORS 248
ESTROGEL 182
eszopiclone 203
ethacrynate sodium 170
ethacrynic acid 170
ethambutol hcl 88
ETHAMOLIN 243
ethosuximide 52
ethynodiol diac-eth estradiol 139
etodolac 25
etodolac er 25
etomidate 187
etonogestrel-ethinyl estradiol 142
ETOPOPHOS 108
etoposide 108
etravirine 123
EUCRISA 161
EUFLEXXA 257
EULEXIN 90
euthyrox 285
EVAMIST 182
EVEKEO 13
EVENITY 178
everolimus 100, 241
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER 215
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT 215
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER 215
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER 215
EVERSENSE SENSOR/HOLDER 215
EVERSENSE SMART TRANSMITTER 215
EVISTA 179
EVKEEZA 74
EVOLUTION AUTOCODE 166
EVOMELA 108
EVOTAZ 121
EVOXAC 245

EVRYSDI 259
EXELDERM 159
EXELON 275
exemestane 104
EXFORGE 79
EXFORGE HCT 82
EXJADE 67
ex-lax ultra 207
EXONDYS 51 259
EXTAVIA 277
EXTENCILLINE 273
EYLEA 269
EYLEA HD 269
EYSUVIS 267
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G 215
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G 215
E-Z JECT LANCETS 215
E-Z JECT LANCETS 21G 215
E-Z JECT LANCETS THIN 26G 215
EZALLOR SPRINKLE 75
ezetimibe 76
ezetimibe-simvastatin 76
EZ-LETS LANCETS 21G 215
EZ-LETS LANCETS 26G 215
EZ-LETS LANCETS 28G 215
EZ-LETS LANCETS 30G 215
fa-8 198
FABHALTA 194
FABIOR 150
FABRAZYME 173
falmina 139
famciclovir 126
famotidine 287
famotidine (pf) 287
famotidine premixed 287
FANAPT 115
FANAPT TITRATION PACK 115
FANTASY LUBRICATED 210
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 210
FARESTON 90
FARXIGA 65
FASENRA 42
FASENRA PEN 42
FASLODEX 105
FC2 FEMALE CONDOM 210
febuxostat 190
FEIBA 191
felbamate 51
FELBATOL 51
felodipine er 130
FEMARA 104
FEMCAP 209
FEMLYV 139
FEMRING 295
fenofibrate 74
fenofibrate micronized 74
fenofibric acid 74
FENOPROFEN CALCIUM 25
fenoprofen calcium 25
FENSOLVI (6 MONTH) 176
fentanyl 30
fentanyl citrate 30
FENTANYL CITRATE (PF) 30
fentanyl citrate (pf) 30
fentanyl citrate pf 30
FENTANYL CITRATE PF 30
FERAHEME 199
FERRIPROX 67
FERRIPROX TWICE-A-DAY 67
FERRLECIT 200
ferumoxytol 200
fesoterodine fumarate er 290
FETROJA 138
FETZIMA 56
FETZIMA TITRATION 56
fexmid 255
FIASP 60
FIASP FLEXTOUCH 60
FIASP PENFILL 60
FIASP PUMPCART 60
FIBRICOR 75
FIBRYGA 191
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 166
FIFTY50 PEN NEEDLES 227
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 216
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 228
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G 216
FILSPARI 189
FILSUVEZ 163
FINACEA 161
finasteride 163, 188
FINGERSTIX LANCETS 216
fingolimod hcl 282
FINTEPLA 47
Finzala 139
FIORICET 28
FIORICET/CODEINE 29
FIRAZYR 193
FIRDAPSE 88
FIRMAGON 106
FIRMAGON (240 MG DOSE) 106
FIRVANQ 85
flac 270
FLAGYL 83
FLAREX 267
FLAVOVIT EAR HEALTH 255
flavoxate hcl 291
FLEBOGAMMA DIF 271
flecainide acetate 39
FLECTOR 152
FLEET STIMULANT 207
FLEQSUVY 255
FLEXBUMIN 195
FLOLAN 134
FLOLIPID 75
FLOMAX 188
FLORAFOL PEDIATRIC 249
FLORIVA 236, 250
FLORIVA PLUS 249
floxuridine 90
FLUAD 293
FLUARIX 293
FLUBLOK 293
FLUCELVAX 293
fluconazole 72
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 71
fluconazole in sodium chloride 72
flucytosine 71
fludarabine phosphate 90
fludrocortisone acetate 147
FLULAVAL 293
flumazenil 68
FLUMIST 293
flunisolide 258
fluocinolone acetonide 157, 270
fluocinolone acetonide body 157
fluocinolone acetonide scalp 157
fluocinonide 157
fluocinonide emulsified base 157
fluorescein 264
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE 264
fluorescein-benoxinate 264
FLUORESCITE 264
fluoridex 244
fluoridex daily renewal 244
fluoridex enhanced whitening 244
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF 244
fluorometholone 267
fluorouracil 90, 152
fluoxetine hcl 54, 55
FLUOXETINE HCL 55
fluoxetine hcl (pmdd) 279
fluphenazine decanoate 118
fluphenazine hcl 118
flurandrenolide 157
FLURA-SAFE 265
flurazepam hcl 202
flurbiprofen 25
flurbiprofen sodium 266
fluticasone furoate-vilanterol 40
fluticasone propionate 157, 258
fluticasone propionate diskus 43
fluticasone propionate hfa 43
fluticasone-salmeterol 40
fluvastatin sodium 75
fluvastatin sodium er 75
fluvoxamine maleate 55
fluvoxamine maleate er 55
FLUZONE 293
FLUZONE HIGH-DOSE 293
FML FORTE 267
FML LIQUIFILM 267
FOCALIN 16
FOCALIN XR 16
focinvez 70
folate 198
FOLGARD OS 248
folic acid 198
FOLIVANE-OB 251
FOLLISTIM AQ 177
FOLOTYN 90

foltabs 800 ... 198
fomepizole ... 68
fondaparinux sodium ... 45
FORA 6 CONNECT ... 166
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST ... 166
FORA BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA D15G BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA D20 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE ... 166
FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA G30/PREM V10 GLUCOSE TEST ... 166
FORA GD20 TEST ... 166
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA LANCETS ... 216
FORA LANCING DEVICE ... 216
FORA TN'G ADVANCE PRO ... 166
FORA TN'G/TN'G VOICE ... 166
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA V12 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA V20 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
FORACARE GD40 TEST ... 166
FORACARE PREMIUM V10 TEST 166
FORACARE TEST N GO TEST ... 166
FORANE ... 188
FORFIVO XL ... 54
formaldehyde ... 120
formoterol fumarate ... 41
FORTEO ... 178
FOSAMAX ... 172
FOSAMAX PLUS D ... 172
fosamprenavir calcium ... 122
fosaprepitant dimeglumine ... 70
foscarnet sodium ... 124
FOSCAVIR ... 124
fosfomycin tromethamine ... 87
fosinopril sodium ... 78
fosinopril sodium-hctz ... 77
fosphenytoin sodium ... 52
FOSRENOL ... 186
FOTIVDA ... 100
FRAGMIN ... 45
fraiche 5000 dental ... 244
FREESTYLE INSULINX TEST ... 166
FREESTYLE LANCETS ... 216
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER ... 216
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR ... 216
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR ... 216
FREESTYLE LIBRE 2 READER ... 216
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR ... 216
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR ... 216
FREESTYLE LIBRE 3 READER ... 216
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR ... 216
FREESTYLE LIBRE READER ... 216
FREESTYLE LITE TEST ... 166
FREESTYLE PRECISION NEO TEST ... 166
FREESTYLE TEST ... 166
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS ... 216
fresenius propoven ... 188
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ... 206
FROVA ... 234
frovatriptan succinate ... 234
FRUZAQLA ... 111
ft aspirin ... 28
ft aspirin low dose ... 28
ft b-100 complex pr ... 247
ft clearlax ... 205
ft folic acid ... 198
ft laxative ... 207
ft magnesium citrate ... 206
ft milk of magnesia ... 206
ft nicotine ... 280, 281
ft nicotine mini ... 280
ft prenatal ... 251
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C . 245
FULPHILA ... 198
fulvestrant ... 105
FUNGIMEZ ... 151
FUROSCIX ... 170
furosemide ... 170
FUZEON ... 121
FYARRO ... 100
fyavolv ... 181
FYCOMPA ... 46
FYLNETRA ... 198
fyremadel ... 173
g tussin ac ... 147
gabapentin ... 48
gabapentin (once-daily) ... 279
GALAFOLD ... 173
galantamine hydrobromide ... 275
galantamine hydrobromide er ... 275
Gallifrey ... 274
GALZIN ... 238
GAMASTAN ... 271
GAMIFANT ... 242
GAMMAGARD ... 271
GAMMAGARD S/D LESS IGA ... 271
GAMMAKED ... 271
GAMMAPLEX ... 271
GAMUNEX-C ... 271
GANCICLOVIR ... 124
GANCICLOVIR SODIUM ... 124
ganciclovir sodium ... 124
GANIRELIX ACETATE ... 173
GARDASIL 9 ... 293
GASTROCROM ... 183
gatifloxacin ... 263
GATTEX ... 184
gavilax ... 205
GAVILYTE-C ... 204
gavilyte-g ... 204
Gavilyte-N With Flavor Pack ... 204
GAVRETO ... 101
GAZYVA ... 92
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
gefitinib ... 97
GELFILM ... 201
GEL-FLOW NT ... 201
GELFOAM ... 201
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 ... 201
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 ... 201
GELFOAM SPONGE ... 201
GELFOAM SPONGE SIZE 100 ... 201
GELFOAM SPONGE SIZE 200 ... 201
GELFOAM SPONGE SIZE 50 ... 201
GELNIQUE ... 290
GEL-ONE ... 257
GELSYN-3 ... 257
GEMCITABINE HCL ... 90
gemcitabine hcl ... 91
gemfibrozil ... 75
gemmily ... 140
GEMTESA ... 291
generlac ... 186
gengraf ... 240
GENOTROPIN ... 174
GENOTROPIN MINIQUICK ... 174
gentamicin in saline ... 18
gentamicin sulfate ... 18, 151, 263
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) ... 216
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) ... 216
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) 216
GENTEEL NOZZLES ... 216
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) ... 216
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) ... 216
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) ... 216
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) ... 216
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) ... 216

gentle laxative 206, 207
gentlelax 205
GENULTIMATE TEST 166
GENVOYA 121
GEODON 114
GHT TEST 166
GIAPREZA 296
GILENYA 282
GILOTRIF 97
GIMOTI 183
GIVLAARI 191
GLASSIA 283
glatiramer acetate 279
glatopa 279
GLEEVEC 95
GLEOSTINE 109
GLIADEL WAFER 109
glimepiride 65
glipizide 66
glipizide er 65
glipizide xl 66
glipizide-metformin hcl 65
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 228
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 228
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 228
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 228
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G 216
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G 216
GLOBAL INSULIN SYRINGES 228
global lancing device 216
GLOPERBA 190
GLUCAGON EMERGENCY 58
GLUCO PERFECT 3 TEST 166
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS 166
GLUCOCARD EXPRESSION TEST 167
GLUCOCARD SHINE TEST 167
GLUCOCARD VITAL TEST 167
GLUCOCARD X-SENSOR 167
GLUCOCOM LANCETS 28G 216
GLUCOCOM LANCETS 30G 217
GLUCOCOM LANCETS 33G 217
GLUCOCOM TEST 167
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST 167
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 228
GLUCOSE METER TEST 167
GLUCOTROL XL 66
GLUMETZA 58
glyburide 66
glyburide micronized 66
glyburide-metformin 65
GLYCATE 289
glycine 189
glycine urologic 189
glycolax 205
GLYCOPHOS 237
glycopyrrolate 289
GLYCOPYRROLATE 289
GLYCOPYRROLATE PF 289
glycopyrrolate pf 289
glydo 160
GLYRX-PF 289
GLYXAMBI 64
gnp adult aspirin low strength 29
gnp aspirin 29
gnp aspirin low dose 29
gnp b-100 complex 247
gnp b-50 complex 247
gnp b-complex plus vitamin c 245
gnp clearlax 205
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 228
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST 167
gnp essential one daily 248
gnp folic acid 198
gnp gentle laxative 207
GNP INSULIN SYRINGE 228
GNP INSULIN SYRINGES 228
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 228
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 228
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 228
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 228
GNP LANCETS 21G 217
GNP LANCETS THIN 26G 217
GNP LANCING SYSTEM DEVICE 217
gnp magnesium citrate 206
gnp milk of magnesia 206
gnp nicotine 281
gnp nicotine mini 281
gnp nicotine polacrilex 281
GNP PRENATAL 251
GNP STERILE LANCETS 28G 217
GNP STERILE LANCETS 30G 217
GNP STERILE LANCETS 33G 217
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS 167
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM 167
GNP TRUETRACK TEST STRIPS 167
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 228
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 228
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 228
gnp womens gentle laxative 207
GOCOVRI 112
gohibic 194
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST 167
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS 167
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP 217
GOJJI STERILE LANCETS 217
GOLYTELY 204
GONAL-F 177
GONAL-F RFF 177
GONAL-F RFF REDIJECT 177
goodsense aspirin 29
goodsense aspirin low dose 29
goodsense bisacodyl ec 207
goodsense bisacodyl laxative 207
GOODSENSE BLOOD GLUCOSE 167
goodsense clearlax 205
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 228
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G 217
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV 217
GOODSENSE LANCETS 30G 217
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV 217
GOODSENSE LANCETS 33G 217
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV 217
goodsense lancing device 217
goodsense magnesium citrate 206
goodsense milk of magnesia 206
goodsense nicotine 281
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 228
GOPRELTO 258
GRALISE 279
granisetron hcl 68
GRANIX 198
GRASTEK 18
griseofulvin microsize 71
griseofulvin ultramicrosize 71
guaifenesin-codeine 147
guanfacine hcl 82
guanfacine hcl er 12
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 217
GUARDIAN 4 TRANSMITTER 217
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER 217
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER 217
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED 217
GUARDIAN SENSOR (3) 217
GUARDIAN SENSOR 3 217
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 58
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 59
GVOKE KIT 59
GVOKE PFS 59
GYNAZOLE-1 294
habitrol 281
HADLIMA 21
HADLIMA PUSHTOUCH 21
HAEGARDA 193
HAEMOLANCE 217
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS 217
HAEMOLANCE PLUS 217
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW 217
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW 217

HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW 217
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW 217
hailey 1.5/30 140
hailey 24 fe 140
hailey fe 1.5/30 140
hailey fe 1/20 140
HALAVEN 108
halcinonide 157
HALCION 202
HALDOL DECANOATE 116
halobetasol propionate 157
HALOBETASOL PROPIONATE 157
Haloette 142
HALOG 157
haloperidol 116
haloperidol decanoate 116
haloperidol lactate 116
HARVONI 125
HAVRIX 293
HEALON DUET PRO 268
HEALON GV PRO 268
HEALON PRO 268
HEALON5 PRO 268
HEALTH CARE LANCING DEVICE 217
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 228
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 228
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 228
healthy hair/skin/nails 248
healthylax 205
heather 144
h-e-b aspirin 29
h-e-b incontrol adv lancing 217
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G 217
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G 217
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G 218
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 228
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 228
HECTOROL 175
HELIDAC THERAPY 289
HEMABATE 270
HEMADY 146
HEMANGEOL 128
HEMLIBRA 191
HEMOFIL M 192
HEPAGAM B 271
heparin (porcine) in nacl 45
HEPARIN (PORCINE) IN NACL 45
heparin na (pork) lock flsh pf 45
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W 45
heparin sod (porcine) in d5w 45
heparin sod (pork) lock flush 45
heparin sodium (porcine) 45
HEPARIN SODIUM (PORCINE) 45
heparin sodium (porcine) pf 45
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF 45
HEPLISAV-B 293
HEPZATO W/50MM CATHETER 108
HEPZATO W/62MM CATHETER 109
HER STYLE 143
HERCEPTIN 93
HERCEPTIN HYLECTA 103
HERZUMA 93
hetastarch-nacl 194
HETLIOZ 204
HETLIOZ LQ 204
HEXATRIONE 146
HEXTEND 194
HIBERIX 291
hidex 6-day 146
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN 248
HIPREX 87
HIZENTRA 272
hm clearlax 205
hm milk of magnesia 206
hm nicotine polacrilex 281
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 228
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 228
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 228
HORIZANT 280
HULIO (2 PEN) 21
HULIO (2 SYRINGE) 21
HUMALOG 60, 61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 60
HUMALOG KWIKPEN 60
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 60
HUMALOG MIX 75/25 61
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 61
HUMALOG TEMPO PEN 61
HUMATE-P 192
HUMATIN 18
HUMATROPE 174
HUMIRA (2 PEN) 22
HUMIRA (2 SYRINGE) 22
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 22
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 22
HUMULIN 70/30 61
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 61
HUMULIN N 61
HUMULIN N KWIKPEN 61
HUMULIN R 61
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 61
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 61
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST 167
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST 167
HYALGAN 257
HYCAMTIN 110
HYCODAN 147
hydralazine hcl 83
HYDREA 104
hydrochlorothiazide 171
hydrocod poli-chlorphe poli er 148
hydrocodone bitartrate er 30
hydrocodone bit-homatrop mbr 147
hydrocodone-acetaminophen 30
hydrocodone-ibuprofen 30
hydrocortisone 36, 146, 157
hydrocortisone (perianal) 36
hydrocortisone ace-pramoxine 36
hydrocortisone butyrate 157
hydrocortisone sod suc (pf) 146
hydrocortisone valerate 157
hydrocortisone-acetic acid 270
hydromet 147
hydromorphone hcl 31
hydromorphone hcl er 30
HYDROMORPHONE HCL PF 31
hydromorphone hcl pf 31
hydroxocobalamin acetate 197
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 87
hydroxychloroquine sulfate 87
hydroxyurea 104
hydroxyzine hcl 37
hydroxyzine pamoate 37
HYFTOR 160
HYLENEX 240
HYMOVIS 257
HYMPAVZI 191
HYPERHEP B 272
HYPERRAB 272
HYPERRHO S/D 272
HYPERSAL 148
HYPERTET 272
HYPOLANCE AST LANCING 218
HYQVIA 272
HYRIMOZ 22
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER 22
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER 22
HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START 22
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UVEIT START 22
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START 22
HYSINGLA ER 31
HY-VEE LANCETS 218
HY-VEE THIN LANCETS 218
HYZAAR 80
ibandronate sodium 172
IBRANCE 105
IBSRELA 184
ibu 25
ibuprofen 25
ibuprofen lysine 25
ibuprofen-famotidine 24
ibutilide fumarate 39

icatibant acetate ... 193
iclevia ... 143
ICLUSIG ... 95
icosapent ethyl ... 74
IDACIO (2 PEN) ... 22
IDACIO (2 SYRINGE) ... 22
IDACIO-CROHNS/UC STARTER ... 22
IDACIO-PSORIASIS STARTER ... 22
IDAMYCIN PFS ... 102
idarubicin hcl ... 102
IDELVION ... 192
IDHIFA ... 106
IDOSE TR ... 269
IFEX ... 109
ifosfamide ... 109
IFOSFAMIDE ... 109
IGALMI ... 204
IGLUCOSE TEST STRIPS ... 167
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR ... 167
IHEALTH LANCING DEVICE ... 218
IHEEZO ... 265
ILARIS ... 23
ILEVRO ... 266
ILIDERM ... 160
ILUMYA ... 153
ILUVIEN ... 267
imatinib mesylate ... 95
IMBRUVICA ... 96
IMCIVREE ... 15
IMDELLTRA ... 96
IMFINZI ... 94
imipenem-cilastatin ... 84
imipramine hcl ... 57
imipramine pamoate ... 57
imiquimod ... 159
imiquimod pump ... 159
IMITREX ... 234
IMITREX STATDOSE REFILL ... 234
IMITREX STATDOSE SYSTEM ... 234
IMJUDO ... 93
IMMPHENTIV ... 297
IMOGAM RABIES-HT ... 272
IMOVAX RABIES ... 293
IMPAVIDO ... 83
IMPOYZ ... 157
IMURAN ... 243
IMVEXXY MAINTENANCE PACK ... 295
IMVEXXY STARTER PACK ... 295
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST ... 167
IN TOUCH LANCING DEVICE ... 218
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G ... 218
inatal gt ... 251
INBRIJA ... 112
incassia ... 144
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES ... 228
INCRELEX ... 176
INCRUSE ELLIPTA ... 42
indapamide ... 171
INDERAL LA ... 128
INDERAL XL ... 128
INDOCIN ... 25
indomethacin ... 25
indomethacin er ... 25
indomethacin sodium ... 25
INFANRIX ... 286
INFED ... 200
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST ... 167
INFINITY VOICE ... 167
INFLECTRA ... 187
INFLIXIMAB ... 187
INFUMORPH 200 ... 31
INFUMORPH 500 ... 31
INFUVITE ADULT ... 248
INFUVITE PEDIATRIC ... 250
INGREZZA ... 276
INJECTAFER ... 200
INLYTA ... 111
INNOPRAN XL ... 128
INPEFA ... 133
INQOVI ... 103
INREBIC ... 106
INSPRA ... 83
INSTAT ... 201
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN ... 61
INSULIN ASPART ... 61
INSULIN ASPART FLEXPEN ... 61
INSULIN ASPART PENFILL ... 61
INSULIN ASPART PROT & ASPART ... 61
insulin degludec ... 61
insulin degludec flextouch ... 61
insulin glargine max solostar ... 61
insulin glargine solostar ... 61
INSULIN GLARGINE-YFGN ... 61
INSULIN LISPRO ... 61
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) ... 61
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN ... 62
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO ... 62
INSULIN SYRINGE ... 228
insulin syringe-needle u-100 ... 229
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ... 229
INSUPEN PEN NEEDLES ... 229
INTELENCE ... 123
INTERCEED ... 201
INTERCEED (TC7) ... 201
INTRALIPID ... 261
INTRAROSA ... 294
introvale ... 143
INTUNIV ... 12
INVEGA ... 115
INVEGA HAFYERA ... 115
INVEGA SUSTENNA ... 115
INVEGA TRINZA ... 115
INVELTYS ... 267
INVOKAMET ... 65
INVOKAMET XR ... 65
INVOKANA ... 65
IONOSOL-MB IN D5W ... 235
IOPIDINE ... 266
IPOL ... 293
ipratropium bromide ... 42, 258
ipratropium-albuterol ... 40
IQIRVO ... 186
irbesartan ... 81
irbesartan-hydrochlorothiazide ... 80
IRESSA ... 97
irinotecan hcl ... 111
ISENTRESS ... 122
ISENTRESS HD ... 122
isibloom ... 140
isoflurane ... 188
ISOLYTE-P IN D5W ... 235
ISOLYTE-S ... 236
ISOLYTE-S PH 7.4 ... 236
isoniazid ... 88
isoproterenol hcl ... 41
ISORDIL TITRADOSE ... 36
isosorb dinitrate-hydralazine ... 133
isosorbide dinitrate ... 36
isosorbide mononitrate ... 37
isosorbide mononitrate er ... 36
isotretinoin ... 150
isradipine ... 130
ISTALOL ... 261
ISTODAX ... 98
ISTURISA ... 173
ITOVEBI ... 109
itraconazole ... 72
ivabradine hcl ... 136
ivermectin ... 36, 161
IWILFIN ... 109
IXCHIQ ... 293
IXEMPRA KIT ... 108
IXIARO ... 293
IXINITY ... 192
IYUZEH ... 269
IZERVAY ... 264
JADENU ... 67
JADENU SPRINKLE ... 67
jaimiess ... 143
JAKAFI ... 107
jantoven ... 44
JANUMET ... 59
JANUMET XR ... 59
JANUVIA ... 59
JARDIANCE ... 65
jasmiel ... 140
JATENZO ... 35
Javygtor ... 178
JAYPIRCA ... 96
JELMYTO ... 103
JEMPERLI ... 94
jencycla ... 144
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ... 251
JENTADUETO ... 59
JENTADUETO XR ... 59
JESDUVROQ ... 199
JEUVEAU ... 159

JEVTANA 108
jinteli 181
JIVI 192
JOENJA 238
jolessa 143
JORNAY PM 16
Joyeaux 140
JUBLIA 159
juleber 140
JULUCA 121
junel 1.5/30 140
junel 1/20 140
junel fe 1.5/30 140
junel fe 1/20 140
junel fe 24 140
JUXTAPID 76
JYLAMVO 91
JYNARQUE 179
JYNNEOS 294
KABIVEN 261
KADCYLA 103
kaitlib fe 140
KALBITOR 195
KALETRA 121
kalliga 140
KALYDECO 283
KAMELEON LUBRICATED 210
KANJINTI 93
KANUMA 176
KAPSPARGO SPRINKLE 128
KARBINAL ER 73
KARDIAMEMBRANE 162
kariva 138
KATERZIA 130
KCENTRA 192
KCL (0.149%) IN NACL 236
kcl (0.149%) in nacl 236
KCL (0.298%) IN NACL 236
kcl in dextrose-nacl 235
KCL IN DEXTROSE-NACL 235
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 236
KEDBUMIN 195
KEDRAB 272
kelnor 1/35 140
kelnor 1/50 140
KENALOG 157
KENALOG-10 146
KENALOG-40 146
KENALOG-80 146
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS 164
KENGREAL 194
KEPIVANCE 105
KEPPRA 48
KEPPRA XR 48
KERENDIA 177
KESIMPTA 278
KETALAR 188
ketamine hcl 188
ketoconazole 71, 159
ketodan 159
ketoprofen 25
ketoprofen er 25
ketorolac tromethamine 25, 266
KETOROLAC TROMETHAMINE 25
KEVEYIS 170
KEVZARA 24
KEYTRUDA 94
KHAPZORY 105
KIMMTRAK 96
kimono 210
KIMONO COLORS 210
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 210
kimono micro thin 210
kimono micro thin plus 210
kimono plus 210
kimono ps 210
kimono ps plus 210
kimono sensation 210
kimono sensation plus 210
KIMONO SPECIAL 210
KIMYRSA 85
KINERET 23
KINNEY LANCETS 218
KINNEY THIN LANCETS 218
KINRAY INSULIN SYRINGE 229
KINRIX 286
KIPROFEN 25
KISQALI (200 MG DOSE) 105
KISQALI (400 MG DOSE) 105
KISQALI (600 MG DOSE) 105
KITABIS PAK 19
KLARON 149
Klayesta 151
KLISYRI (250 MG) 160
KLISYRI (350 MG) 160
KLONOPIN 46
klor-con 237
klor-con 10 237
klor-con m10 237
klor-con m15 237
klor-con m20 237
KLOXXADO 68
kls aspirin low dose 29
kls laxaclear 205
kls quit2 281
kls quit4 281
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 229
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 229
KOATE 192
KOATE-DVI 192
kobee 246
KOGENATE FS 192
KONVOMEP 288
KORLYM 64
KORSUVA 243
KOSELUGO 99
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 251
Kourzeq 245
KOVALTRY 192
kp aspirin 29
kp b complex-c 245
kp bisacodyl 207
kp folic acid 198
KP PRENATAL MULTIVITAMINS 251
K-PHOS 237
K-PHOS NO 2 189
K-PHOS-NEUTRAL 237
KPN PRENATAL 251
KRAZATI 99
KRINTAFEL 87
KRISTALOSE 205
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE 218
KROGER BLOOD GLUCOSE TEST 167
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST 167
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G 218
KROGER INSULIN SYRINGE 229
KROGER LANCETS 218
KROGER LANCETS 21G 218
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G 218
KROGER LANCETS SUPER THIN 218
KROGER LANCETS THIN 218
KROGER LANCETS THIN 26G 218
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G 218
kroger lancing device 218
KROGER PEN NEEDLES 229
KROGER PREMIUM GLUCOSE TEST 167
KRYSTEXXA 190
K-TAB 237
kurvelo 140
KUVAN 178
KYLEENA 144
KYPROLIS 101
KYZATREX 35
labetalol hcl 127
lacosamide 48
lactated ringers 236, 241
LACTULOSE 205
lactulose 205
lactulose encephalopathy 186
LAGEVRIO 126
LAMICTAL 48
LAMICTAL ODT 48
LAMICTAL STARTER 48
LAMICTAL XR 48
lamivudine 123, 124
lamivudine-zidovudine 121
lamotrigine 49
lamotrigine er 48, 49
lamotrigine starter kit-blue 49
lamotrigine starter kit-green 49
lamotrigine starter kit-orange 49
LAMPIT 84
LAMZEDE 171
lancet device 218
lancet device with ejector 218
LANCETS 218
LANCETS 30G 218

LANCETS 33G 218
LANCETS MICRO THIN 33G 218
LANCETS SUPER THIN 218
LANCETS SUPER THIN 28G 218
LANCETS THIN 218
LANCETS ULTRA THIN 218
LANCETS ULTRA THIN 30G 218
lancing device 218
LANOXIN 132
LANOXIN PEDIATRIC 132
LANREOTIDE ACETATE 179
lansoprazole 288
lanthanum carbonate 186
LANTUS 62
LANTUS SOLOSTAR 62
LANZO 218
lapatinib ditosylate 100
larin 1.5/30 140
larin 1/20 140
larin 24 fe 140
larin fe 1.5/30 140
larin fe 1/20 140
LASIX 170
latanoprost 269
LATISSE 161
LATUDA 114
LAVARE WOUND WASH 163
laxative 207
layolis fe 140
LAZCLUZE 97
leader advanced lancing device 218
LEADER INSULIN SYRINGE 229
LEADER UNIFINE PENTIPS 229
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 229
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 125
leena 144
leflunomide 27
LEMTRADA 278
lenalidomide 240
LENTOCILIN 273
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 111
LEQVIO 77
LESCOL XL 75
lessina 140
LETAIRIS 135
letrozole 104
leucovorin calcium 105
LEUKERAN 109
LEUKINE 199
leuprolide acetate 107
leuprolide acetate (3 month) 107
levalbuterol hcl 41
levalbuterol tartrate 41
levamlodipine maleate 131
levetiracetam 49
levetiracetam er 49
LEVETIRACETAM IN NACL 49
levobunolol hcl 261
levocarnitine 172, 173
levocarnitine sf 173
levocetirizine dihydrochloride 73
levofloxacin 182, 263
levofloxacin in d5w 182
levoleucovorin calcium 106
levoleucovorin calcium pf 106
levonest 145
levonorgest-eth est & eth est 143
levonorgest-eth estrad 91-day 143
levonorgest-eth estradiol-iron 140
levonorgestrel 143
levonorgestrel-ethinyl estrad 140, 142
levonorg-eth estrad triphasic 145
LEVOPHED 297
levora 0.15/30 (28) 140
levorphanol tartrate 31
levo-t 286
LEVOTHYROXINE SODIUM 286
levothyroxine sodium 286
levoxyl 286
LEVULAN KERASTICK 161
LEXAPRO 55
LEXETTE 158
l-glutamine 197
LIALDA 185
LIBERTY MEDICAL LANCETS 218
LIBERTY MINI LANCING DEVICE 218
LIBERTY NEXT GENERATION TEST 167
LIBERTY TEST 167
LIBERVANT 46
LIBRAX 287
LIBTAYO 94
LICART 152
lidocaine 160
lidocaine hcl 160, 208, 243
lidocaine hcl (cardiac) 38
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF 38
lidocaine hcl (cardiac) pf 38
lidocaine hcl (pf) 208
lidocaine hcl urethral/mucosal 160
lidocaine in d5w 39
lidocaine viscous hcl 243
lidocaine-epinephrine 207
lidocaine-epinephrine (pf) 207
lidocaine-prilocaine 163
LIDODERM 160
LIKMEZ 83
LILETTA (52 MG) 144
LINCOCIN 86
lincomycin hcl 86
linezolid 86
linezolid in sodium chloride 86
LINZESS 184
liothyronine sodium 286
LIPITOR 75
lipo flavonoid plus 255
LIPOFEN 75
lipoflavovit 255
LIPOTRIAD 255
liraglutide 63
lisdexamfetamine dimesylate 13
lisinopril 78
lisinopril-hydrochlorothiazide 77
LITE TOUCH LANCETS 218
LITE TOUCH LANCING PEN 219
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 229
LITETOUCH LANCETS 219
LITETOUCH PEN NEEDLES 229
LITFULO 151
lithium 114
lithium carbonate 114
lithium carbonate er 114
LITHOBID 114
LITHOSTAT 190
LIVALO 75
LIVDELZI 186
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN 219
LIVMARLI 184
LIVTENCITY 124
lmd in d5w 195
lmd in nacl 195
LO LOESTRIN FE 138
LOCOID 158
LODINE 26
LODOCO 133
LODOSYN 113
loestrin 1.5/30 (21) 140
loestrin 1/20 (21) 140
loestrin fe 1.5/30 140
loestrin fe 1/20 140
lofena 26
lofexidine hcl 274
lojaimiess 143
LOKELMA 242
LOMAIRA 14
LOMOTIL 67
LONGS INSULIN SYRINGE 229
LONGS LANCETS STANDARD 219
LONGS LANCETS THIN 219
LONGS LANCETS ULTRA THIN 219
LONSURF 103
loperamide hcl 67
LOPID 75
lopinavir-ritonavir 121
LOPRESSOR 128
LOQTORZI 94
lorazepam 38
lorazepam intensol 38
LORBRENA 92
LOREEV XR 38
loryna 140
losartan potassium 81
losartan potassium-hctz 80
LOTEMAX 267
LOTEMAX SM 267
LOTENSIN 78
LOTENSIN HCT 77
loteprednol etabonate 267
LOTREL 77

LOTRONEX 184
lovastatin 75
LOVAZA 74
LOVENOX 45
low-ogestrel 140
loxapine succinate 117
lo-zumandimine 140
lubiprostone 183
LUCEMYRA 274
LUCENTIS 269
LUGOLS STRONG IODINE 120
luliconazole 159
LUMAKRAS 99
LUMIGAN 269
LUMIZYME 173
LUMRYZ 274
LUMRYZ STARTER PACK 274
LUNESTA 203
LUNSUMIO 96
LUPKYNIS 240
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 107
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 107
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 107
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 107
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 176
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 176
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 176
lurasidone hcl 114
LUTATHERA 104
lutera 141
LUZU 159
LYBALVI 282
lyleq 144
lyllana 182
LYNPARZA 110
LYRICA 49
LYRICA CR 279
LYSODREN 89
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 97
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 97
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 97
LYUMJEV 62
LYUMJEV KWIKPEN 62
LYUMJEV TEMPO PEN 62
LYVISPAH 255
lyza 144
MACROBID 87
MACRODANTIN 87
mafenide acetate 155
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 229
magnesium citrate 206
MAGNESIUM SULFATE 236
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 236
MALARONE 87
malathion 161
manganese chloride 236
mannitol 170
MARATHON MEDICAL PENTIPS 229
maraviroc 121
MARCAINE 208
MARCAINE PRESERVATIVE FREE 208
MARCAINE/EPINEPHRINE 207
MARCAINE/EPINEPHRINE PF 207
MAR-COF CG EXPECTORANT 147
MARGENZA 93
MARINOL 70
marlissa 141
MARPLAN 54
MASONATAL 251
MATULANE 104
matzim la 131
MAVENCLAD (10 TABS) 276
MAVENCLAD (4 TABS) 276
MAVENCLAD (5 TABS) 277
MAVENCLAD (6 TABS) 277
MAVENCLAD (7 TABS) 277
MAVENCLAD (8 TABS) 277
MAVENCLAD (9 TABS) 277
MAVYRET 125
MAXALT 234
MAXALT-MLT 234
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 229
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 229
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 229
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 229
MAXIDEX 267
MAXITROL 266
maxi-tuss ac 148
MAXI-TUSS CD 148
maxx 210
maxx plus 210
MAYZENT 282
MAYZENT STARTER PACK 282
meclizine hcl 69
meclofenamate sodium 26
MEDIC INSULIN SYRINGE 229
MEDICHOICE SAFETY LANCET 219
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA 219
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM 219
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 229
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G 219
MEDLANCE PLUS LITE 25G 219
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM 219
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G 219
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G 219
MEDROL 146
medroxyprogesterone acetate 144, 274
mefenamic acid 26
mefloquine hcl 87
mega multiple/chelated mineral 255
megestrol acetate 110, 274
MEIJER BLOOD GLUCOSE TEST 167
MEIJER ESSENTIAL GLUCOSE TEST 167
MEIJER LANCETS 219
MEIJER LANCETS THIN 219
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G 219
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G 219
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G 219
MEIJER PEN NEEDLES 229
MEIJER SUPER THIN LANCETS 219
MEIJER TRUETEST TEST 167
MEIJER TRUETRACK TEST 167
MEKINIST 99
MEKTOVI 99
meloxicam 26
melphalan hcl 109
memantine hcl 279
memantine hcl er 279
MENEST 182
MENOPUR 177
MENOSTAR 182
MENQUADFI 291
MENVEO 291
meperidine hcl 31
meprobamate 37
MEPRON 84
MEPSEVII 177
mercaptopurine 91
meropenem 84, 85
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 85
merzee 141
mesalamine 185
mesalamine er 185
mesalamine-cleanser 185
mesna 111
MESNEX 111
MESTINON 88
METADATE CD 16
metaxalone 255
metformin hcl 58
METFORMIN HCL 58
metformin hcl er 58
metformin hcl er (mod) 58
metformin hcl er (osm) 58
METHADONE HCL 31
methadone hcl 31
methadone hcl intensol 31
METHADOSE 31
methadose 31
METHADOSE SUGAR-FREE 31
methamphetamine hcl 13
methazolamide 170
methenamine hippurate 87
methergine 270
methimazole 285
METHITEST 35
methocarbamol 255, 256
methotrexate sodium 91
methotrexate sodium (pf) 91
methoxsalen rapid 153

methscopolamine bromide 289
methsuximide 52
methyldopa 82
methylene blue 68
methylene blue (antidote) 68
methylergonovine maleate 270
METHYLIN 16
methylphenidate 17
methylphenidate hcl 17
methylphenidate hcl er 16, 17
methylphenidate hcl er (cd) 16
methylphenidate hcl er (la) 16
methylphenidate hcl er (osm) 16
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) 16
methylphenidate hcl er (xr) 16
methylprednisolone 146
methylprednisolone sodium succ 146
methyltestosterone 35
metoclopramide hcl 183, 184
metolazone 171
metoprolol succinate er 128
metoprolol tartrate 128
metoprolol-hydrochlorothiazide 83
METROCREAM 161
METROGEL 161
METROLOTION 161
METRONIDAZOLE 83
metronidazole 83, 161, 295
metyrosine 79
mexiletine hcl 39
MI PASTE 211
MI PASTE PLUS 211
MIACALCIN 172
Mibelas 24 Fe 141
MICAFUNGIN SODIUM 71
micafungin sodium-nacl 71
MICARDIS 81
MICARDIS HCT 80
miconazole 3 294
miconazole-zinc oxide-petrolat 151
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 272
MICRODOT PEN NEEDLE 229
MICRODOT TEST 168
microgestin 1.5/30 141
microgestin 1/20 141
microgestin fe 1.5/30 141
microgestin fe 1/20 141
MICROLET LANCETS 219
MICROLET NEXT LANCING DEVICE 219
midazolam hcl 203
midazolam hcl (pf) 203
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE 203
midazolam-sodium chloride (pf) 203
midodrine hcl 297
MIEBO 268
MIFEPREX 171
mifepristone 64, 171
migergot 233
miglitol 58
miglustat 197
MIGRANAL 234
mili 141
milk of magnesia 206
milrinone lactate 133
milrinone lactate in dextrose 133
mimvey 181
mineral oil heavy 205
mini lancing device 219
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER 219
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS 219
MINIVELLE 182
MINOCIN 285
minocycline hcl 285
minocycline hcl er 285
MINOLIRA 285
minoxidil 83
MIOCHOL-E 262
MIOSTAT 262
MIPLYFFA 280
mirabegron er 291
MIRAPEX ER 113
MIRCERA 198
MIRENA (52 MG) 144
mirtazapine 53
MIRVASO 161
misoprostol 290
MITIGARE 190
mitigo 31
mitomycin 103, 263
MITOSOL 263
mitoxantrone hcl 103
mm aspirin 29
MM BLULINK GLUCOSE TEST 168
mm clearlax 205
MM EASY TOUCH GLUCOSE 168
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 229
MM LANCING DEVICE 219
MM PEN NEEDLES 229
MM TWIST LANCETS 219
M-M-R II 292
M-NATAL PLUS 251
modafinil 17
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 294
moexipril hcl 78
molindone hcl 117
mometasone furoate 158, 258
mondoxyne nl 285
MONJUVI 92
MONOFERRIC 200
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY 208
monoject flush syringe 238
MONOJECT INSULIN SYRINGE 229
monoject sodium chloride flush 238
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 229
MONOLET LANCETS 219
MONOLET OPD LANCETS 219
MONOLETTOR SAFETY LANCETS 219
mono-linyah 141
MONOVISC 257
montelukast sodium 42
MORPHINE SULFATE 32
morphine sulfate 32
morphine sulfate (concentrate) 31
morphine sulfate (pf) 31
MORPHINE SULFATE (PF) 31
morphine sulfate er 31
morphine sulfate er beads 31
MOTEGRITY 183
MOTOFEN 67
MOTPOLY XR 49
MOUNJARO 63
MOVANTIK 186
MOVIPREP 204
MOXIFLOXACIN HCL 183
moxifloxacin hcl 183, 263
moxifloxacin hcl (2x day) 263
moxifloxacin hcl in nacl 182
MOZOBIL 197
MRESVIA 294
MS CONTIN 32
MS INSULIN SYRINGE 229
MULPLETA 200
MULTAQ 39
MULTI PRENATAL 251
multi vitamin 248
MULTI VITAMIN W/D-3 248
multi-lancet device 219
MULTI-LANCET DEVICE 2 219
multiple electro type 1 ph 5.5 236
multiple electro type 1 ph 7.4 236
multiple vitamin-folic acid 248
multiple vitamins 248
multiple vitamins essential 248
multiple vitamins/iron 247
MULTITRACE-4 PEDIATRIC 238
MULTIVITAMIN 248
multi-vitamin 248
multivitamin adult 248
multivitamin iron-free 248
multivitamin plus iron adult 247
multivitamin w/fluoride 250
multivitamin/fluoride 250
multi-vitamin/fluoride 250
multi-vitamin/fluoride/iron 249
multi-vitamin/iron 247
MULTI-VIT-FLOR 250
MULTRYS 238
mupirocin 151
mupirocin calcium 151
mutamycin 103
MVASI 111
my choice 143
my way 143
MYALEPT 176
MYCAMINE 71
MYCAPSSA 179
mycophenolate mofetil 241
mycophenolate mofetil hcl 241

mycophenolate sodium 241
mycophenolic acid 241
MYDAYIS 12
MYDCOMBI 262
MYDRIACYL 262
MYFEMBREE 181
MYFORTIC 241
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G 219
MYGLUCOHEALTH TEST 168
MYHIBBIN 241
MYLERAN 89
MYLOTARG 93
MYOBLOC 259
MYRBETRIQ 291
MYSOLINE 49
MYTESI 66
MYXREDLIN 62
na ferric gluc cplx in sucrose 200
na sulfate-k sulfate-mg sulf 204
NABI-HB 272
nabumetone 26
nadolol 128
nafcillin sodium 274
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE 274
naftifine hcl 151
NAFTIN 152
NAGLAZYME 177
nalbuphine hcl 34
NALFON 26
nalmefene hcl 68
NALOCET 33
naloxone hcl 68
naltrexone hcl 68
NAMENDA TITRATION PAK 279
NAMZARIC 275
NAPRELAN 26
NAPROSYN 26
naproxen 26
naproxen dr 26
naproxen sodium 26
naproxen sodium er 26
naproxen-esomeprazole mg 24
naratriptan hcl 234
NARCAN 68
NARDIL 54
NAROPIN 208
NASCOBAL 197
NATACYN 264
natal pnv 251
NATALVIT 251
NATAZIA 143
nateglinide 64
NATESTO 35
NATROBA 161
nat-rul b-50 255
nat-rul daily-vite+iron 247
NAYZILAM 46
nebivolol hcl 128
NEBUPENT 84
Nebusal 148
necon 0.5/35 (28) 141
NEEVO DHA 251
nefazodone hcl 55
NEFFY 296
nelarabine 91
NEMLUVIO 159
NEOMULTIVITE 248
neomycin sulfate 19
neomycin-bacitracin zn-polymyx 264
neomycin-polymyxin b gu 188
neomycin-polymyxin-dexameth 266
neomycin-polymyxin-gramicidin 264
neomycin-polymyxin-hc 266, 270
NEONATAL COMPLETE 251
NEONATAL PLUS 251
neonatal prenatal 251
NEONATAL VITAMIN 251
neo-polycin 264
neo-polycin hc 266
NEOPROFEN 26
NEORAL 240
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE 88
NEO-SYNALAR 151
NEOX 100 162
NEOX CORD 1K 162
nephro vitamins 245
NEPHRO-VITE 245
NERLYNX 100
NESACAINE 208
NESACAINE-MPF 208
NESTABS 251
NESTABS DHA 251
NESTABS ONE 253
neuac 149
NEULASTA 199
NEULASTA ONPRO 199
NEUPOGEN 199
NEUPRO 114
NEURONTIN 49
NEUTEK 2TEK TEST 168
NEVANAC 266
nevirapine 123
nevirapine er 123
new day 143
NEXAVAR 100
NEXICLON XR 82
NEXIUM 288
NEXIUM I.V. 288
NEXLETOL 73
NEXLIZET 73
NEXOBRID 158
NEXPLANON 143
NEXTERONE 39
NEXTSTELLIS 141
NEXVIAZYME 173
NGENLA 174
niacin (antihyperlipidemic) 76
niacin er (antihyperlipidemic) 76
niacor 76
nicardipine hcl 131
NICARDIPINE HCL IN NACL 131
NICODERM CQ 281
NICORETTE 281
NICORETTE MINI 281
NICORETTE STARTER KIT 281
NICOTINE 281
nicotine 281
nicotine mini 281
nicotine polacrilex 281
nicotine polacrilex mini 281
nicotine step 1 281
nicotine step 2 281
nicotine step 3 281
NICOTROL 281
NICOTROL NS 281
nifedipine 131
nifedipine er 131
nifedipine er osmotic release 131
nikki 141
NILANDRON 90
nilutamide 90
nimodipine 131
NINJACOF-XG 148
NINLARO 101
NIPENT 104
NIPRIDE RTU 83
nisoldipine er 131
nitazoxanide 84
NITHIODOTE 67
nitisinone 175
NITRO-BID 37
NITRO-DUR 37
nitrofurantoin 87
nitrofurantoin macrocrystal 87
nitrofurantoin monohyd macro 87
nitroglycerin 36, 37
NITROGLYCERIN 37
nitroglycerin in d5w 37
NITROLINGUAL 37
nitroprusside sodium 83
nitroprusside sodium-nacl 83
NITROSTAT 37
NITYR 175
niva thyroid 286
NIVA-PLUS 251
NIVESTYM 199
nizatidine 287
NOCDURNA 180
nora-be 144
NORDITROPIN FLEXPRO 174
norelgestromin-eth estradiol 142
norethin ace-eth estrad-fe 141
norethindrone 144
norethindrone acetate 274
norethindrone acet-ethinyl est 141
norethindrone-eth estradiol 181
norethindron-ethinyl estrad-fe 145
norethin-eth estradiol-fe 141
norgesic 256
norgestimate-eth estradiol 141
norgestim-eth estrad triphasic 145
NORITATE 161
NORLIQVA 131
norlyroc 144
normal saline flush 238
NORMOSOL-M IN D5W 236

NORMOSOL-R 236
NORMOSOL-R IN D5W 236
NORMOSOL-R PH 7.4 236
NORPACE 38
NORPACE CR 38
NORPRAMIN 57
NORTHERA 296
nortrel 0.5/35 (28) 141
nortrel 1/35 (21) 141
nortrel 1/35 (28) 141
nortrel 7/7/7 145
nortriptyline hcl 57
NORVASC 131
NORVIR 122
NOURIANZ 112
NOVA MAX GLUCOSE TEST 168
NOVA SAFETY LANCETS 23G 219
NOVA SAFETY LANCETS 28G 219
NOVA SUREFLEX LANCETS 220
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE 220
NOVAREL 178
novavax covid-19 vaccine 294
novite 248
NOVOEIGHT 192
NOVOFINE PEN NEEDLE 229
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 229
NOVOLIN 70/30 62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION 62
NOVOLIN 70/30 RELION 62
NOVOLIN N 62
NOVOLIN N FLEXPEN 62
NOVOLIN N FLEXPEN RELION 62
NOVOLIN N RELION 62
NOVOLIN R 62
NOVOLIN R FLEXPEN 62
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 62
NOVOLIN R RELION 62
NOVOLOG 63
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION 62
NOVOLOG FLEXPEN 63
NOVOLOG FLEXPEN RELION 62
NOVOLOG MIX 70/30 63
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN 63
NOVOLOG MIX 70/30 RELION 63
NOVOLOG PENFILL 63
NOVOLOG RELION 63
NOVOSEVEN RT 192
NOXAFIL 72
np thyroid 286
NPLATE 200
NUBEQA 90
NUCALA 42
NUCYNTA 32
NUCYNTA ER 32
NUEDEXTA 280
NULIBRY 177
NULOJIX 243
NUMBRINO 258
NUPLAZID 115
NURTEC 233
NUTRILIPID 261
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 174
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 174
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 174
NUVARING 142
NUVESSA 295
NUVIGIL 17
NUWIQ 192
NUZYRA 284
nyamyc 152
nylia 1/35 141
nylia 7/7/7 145
NYMALIZE 131
nystatin 71, 152, 243
nystatin-triamcinolone 151
nystop 152
NYVEPRIA 199
OB COMPLETE 251
OB COMPLETE ONE 251
OB COMPLETE PETITE 251
OB COMPLETE PREMIER 251
OB COMPLETE/DHA 251
obizur 192
OCALIVA 183
ocella 141
OCREVUS 278
OCREVUS ZUNOVO 277
OCTAGAM 272
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 195
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 195
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 195
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 195
octreotide acetate 179
OCUFLOX 263
ODACTRA 18
ODEFSEY 121
ODOMZO 98
OFEV 284
ofloxacin 183, 263, 270
OGIVRI 94
OGSIVEO 98
OHTUVAYRE 43
OJEMDA 96
OJJAARA 107
olanzapine 119
olanzapine-fluoxetine hcl 283
OLINVYK 32
olmesartan medoxomil 81
olmesartan medoxomil-hctz 80
olmesartan-amlodipine-hctz 82
olopatadine hcl 258, 263
OLPRUVA (2 GM DOSE) 180
OLPRUVA (3 GM DOSE) 180
OLPRUVA (4 GM DOSE) 180
OLPRUVA (5 GM DOSE) 180
OLPRUVA (6 GM DOSE) 180
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) 180
OLUMIANT 19
OMECLAMOX-PAK 290
omega-3-acid ethyl esters 74
OMEGAVEN 261
omeprazole 288
omeprazole-sodium bicarbonate 288
OMIDRIA 268
OMNARIS 258
OMNICAP 249
OMNIFLEX DIAPHRAGM 211
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 224
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 225
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 225
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 225
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 225
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 225
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 225
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 225
OMNIPOD GO 225
OMNITROPE 174
OMVOH 185
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE 168
ONCASPAR 103
once daily 249
ondansetron 69
ondansetron hcl 68, 69
one daily 249
one daily essential 249
one daily essentials 249
one daily multivitamin adult 249
one daily multivitamin/iron 247
ONE DROP TEST 168
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 249
ONE VITE WOMENS 251
ONE VITE WOMENS PLUS 251
one-daily multi vitamins 249
one-daily multi-vitamin 249
one-daily multi-vitamin/iron 247
one-daily/iron 247
ONELAX MAGNESIUM CITRATE 206
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G 220
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G 220
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING 220
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING 220
ONETOUCH ULTRA 168
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST 168
ONETOUCH ULTRA TEST 168
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS 220
ONETOUCH VERIO 168
ONEXTON 149
ONFI 46
ONGENTYS 114
ONGLYZA 59
ONIVYDE 111
ONPATTRO 280
ONTRUZANT 94

ONUREG 91
ONYDA XR 12
ONZETRA XSAIL 234
opcicon one-step 143
OPDIVO 94
OPDUALAG 92
OPFOLDA 173
OPILL 144
OPIPZA 119
OPSUMIT 135
OPSYNVI 133
option 2 143
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 295
OPTIUMEZ TEST 168
OPVEE 68
OPZELURA 155
ORABLOC 207
ORACEA 161
ORALAIR 18
oralone 245
ORAPRED ODT 146
ORAVIG 243
ORBACTIV 85
ORENCIA 27
ORENCIA CLICKJECT 27
ORENITRAM 134
ORENITRAM MONTH 1 134
ORENITRAM MONTH 2 134
ORENITRAM MONTH 3 134
ORFADIN 175
ORGOVYX 106
ORIAHNN 181
ORILISSA 173, 174
ORKAMBI 283
ORLADEYO 195
orlistat 15
Ormalvi 170
orphenadrine citrate 256
orphenadrine citrate er 256
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 256
orphengesic forte 256
ORSERDU 110
ORTHOVISC 257
oseltamivir phosphate 126
osmitrol 170
OSMOLEX ER 112
OSPHENA 179
OTEZLA 26, 27
OTOVEL 270
OTREXUP 19
OVIDE 161
OVIDREL 178
oxacillin sodium 274
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 274
oxaliplatin 89
oxaprozin 26
oxazepam 38
oxcarbazepine 49, 50
oxcarbazepine er 49
OXERVATE 265
oxiconazole nitrate 159
OXISTAT 159
OXLUMO 189
OXTELLAR XR 50
oxybutynin chloride 290
oxybutynin chloride er 290
oxycodone hcl 32
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 33
oxycodone-acetaminophen 33
OXYCONTIN 32
oxymorphone hcl 32
oxymorphone hcl er 32
oxytocin 270
OXYTROL 290
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 63
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 64
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 64
OZOBAX DS 256
OZURDEX 267
pacerone 39
paclitaxel 108
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART 108
PADCEV 94
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) 18
PALFORZIA (300 MG TITRATION) 18
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) 18
PALFORZIA INITIAL ESCALATION 18
PALINGEN FLOW 162
PALINGEN HYDROMEMBRANE 162
PALINGEN INOVOFLO 162
PALINGEN MEMBRANE 162
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE 163
PALINGEN XPLUS MEMBRANE 163
paliperidone er 115, 116
PALONOSETRON HCL 69
palonosetron hcl 69
PALYNZIQ 178
PAMELOR 57
pamidronate disodium 172
PAMIDRONATE DISODIUM 172
PANCREAZE 169
PANDEL 158
PANHEMATIN 194
PANRETIN 152
pantoprazole sodium 288, 289
pantoprazole sodium-nacl 289
PANZYGA 272
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER 220
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER 142
paraplatin 89
paricalcitol 175
PARLODEL 112
PARNATE 54
paroxetine hcl 55
paroxetine hcl er 55
paroxetine mesylate 283
PARSABIV 172
PAVBLU 269
PAXIL 55
PAXIL CR 55
PAXLOVID (150/100) 124
PAXLOVID (300/100) 124
pazopanib hcl 100
PC UNIFINE PENTIPS 229
PEDIAPRED 146
PEDIARIX 286
PEDMARK 109
PEDVAX HIB 291
peg 3350 205
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 204
peg-3350/electrolytes 204
peg-3350/electrolytes/ascorbat 204
PEGASYS 125
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 204
PEG-PREP 204
PEMAZYRE 97, 98
pemetrexed 91
pemetrexed dipotassium 91
pemetrexed disodium 91
pemetrexed ditromethamine 91
PEMFEXY 91
PEMGARDA 271
PEMRYDI RTU 91
pen needle/5-bevel tip 229
PEN NEEDLES 230
PEN NEEDLES 5/16" 230
PENBRAYA 291
penciclovir 154
penicillamine 239
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 273
penicillin g potassium 273
penicillin g sodium 273
penicillin v potassium 273
PENNSAID 152
PENTACEL 286
PENTAM 84
pentamidine isethionate 84
PENTASA 185
pentazocine-naloxone hcl 34
PENTIPS 230

PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES ... 230
pentobarbital sodium ... 202
pentoxifylline er ... 194
PEPCID ... 287, 288
PERCOCET ... 33
PERFECT LANCETS 28G ... 220
PERFECT LANCETS 30G ... 220
PERFECT POINT SAFETY LANCETS ... 220
PERFOROMIST ... 41
PERIDEX ... 243
PERIKABIVEN ... 261
perindopril erbumine ... 78, 79
periogard ... 243
PERJETA ... 94
permethrin ... 162
perphenazine ... 118
perphenazine-amitriptyline ... 279
PERSERIS ... 116
PERTZYE ... 169
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y ... 294
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y ... 294
pfizerpen ... 273
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE ... 168
PHARMACIST CHOICE LANCETS ... 220
PHARMACIST CHOICE NO CODING ... 168
PHARMACY COUNTER LANCETS ... 220
PHEBURANE ... 180
phendimetrazine tartrate ... 14
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ... 14
phenelzine sulfate ... 54
PHENERGAN ... 73
phenobarbital ... 202
phenobarbital sodium ... 202
phenoxybenzamine hcl ... 79
phentermine hcl ... 14
phentolamine mesylate ... 79
phenylephrine hcl ... 262
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) ... 297
phenylephrine hcl (pressors) ... 297
PHENYTEK ... 52
phenytoin ... 52
phenytoin infatabs ... 52
phenytoin sodium ... 52
phenytoin sodium extended ... 52
PHESGO ... 103
PHEXXI ... 295
philith ... 141
phillips milk of magnesia ... 206
phospha 250 neutral ... 237
PHOSPHOLINE IODIDE ... 262
phosphorous ... 237
phospho-trin 250 neutral ... 237
phospho-trin k500 ... 237
PHOTOFRIN ... 104
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT ... 266
PHOXILLUM B22K4/0 ... 239
PHOXILLUM BK4/2.5 ... 239
physiolyte ... 241
physiosol irrigation ... 241
phytonadione ... 297
PIASKY ... 193
PIFELTRO ... 123
pilocarpine hcl ... 245, 262
pimecrolimus ... 160
pimozide ... 280
pimtrea ... 138
pindolol ... 128
pioglitazone hcl ... 66
pioglitazone hcl-glimepiride ... 66
pioglitazone hcl-metformin hcl ... 66
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ... 168
PIP LANCETS 28G ... 220
PIP LANCETS 30G ... 220
pip pen needles 31g x 5mm ... 230
pip pen needles 32g x 4mm ... 230
piperacillin sod-tazobactam so ... 273
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ... 109
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ... 109
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ... 109
pirfenidone ... 284
piroxicam ... 26
pitavastatin calcium ... 75
PITOCIN ... 270
PLAQUENIL ... 87
PLASMA-LYTE A ... 236
PLAVIX ... 196
PLEGRIDY ... 277
PLEGRIDY STARTER PACK ... 277
plenamine ... 260
PLENVU ... 204
plerixafor ... 197
PLIAGLIS ... 163
PLUVICTO ... 104
PNEUMOVAX 23 ... 292
pnv prenatal plus multivit+dha ... 251
PNV TABS 20-1 ... 251
pnv-dha ... 253
PNV-DHA+DOCUSATE ... 253
PNV-OMEGA ... 252
pnv-select ... 252
POCKETCHEM EZ TEST ... 168
podofilox ... 159, 160
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES ... 168
POKONZA ... 237
POLIVY ... 93
polocaine ... 208
polocaine-mpf ... 208
polycin ... 264
polyethylene glycol 3350 ... 205
polymyxin b sulfate ... 87
polymyxin b-trimethoprim ... 264
POLY-TUSSIN AC ... 148
POLY-VI-FLOR ... 250
POLY-VI-FLOR/IRON ... 249
POMALYST ... 98
POMBILITI ... 173
PONVORY ... 282
PONVORY STARTER PACK ... 282
portia-28 ... 141
PORTRAZZA ... 97
posaconazole ... 72
POSFREA ... 69
POSIMIR ... 208
POTASSIUM ACETATE ... 237
POTASSIUM CHLORIDE ... 237
potassium chloride ... 237
potassium chloride crys er ... 237
potassium chloride er ... 237
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL ... 236
potassium chloride in nacl ... 236
potassium citrate er ... 189
potassium cl in dextrose 5% ... 236
POTASSIUM PHOSPHATES ... 237
potassium phosphates ... 237
potassium phosphates(66 meq k) ... 237
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) ... 237
POTELIGEO ... 92
PRADAXA ... 46
PRALUENT ... 76
pramipexole dihydrochloride ... 114
pramipexole dihydrochloride er ... 114
PRAMOSONE ... 162
PRAMOTIC ... 269
prasugrel hcl ... 196
pravastatin sodium ... 75
PRAXBIND ... 68
praziquantel ... 36
prazosin hcl ... 82
PRECEDEX ... 204
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE ... 230
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE ... 168
PRED FORTE ... 267
PRED MILD ... 267
prednisolone ... 146
prednisolone acetate ... 267
prednisolone sodium phosphate ... 146
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ... 267
prednisone ... 147
PREDNISONE INTENSOL ... 147
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE ... 230
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED ... 220
PREFERRED PLUS LANCETS THIN ... 220
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS ... 230
pregabalin ... 50
pregabalin er ... 279
PREGEN DHA ... 253
PREGENNA ... 252
PREGNYL ... 178

PREMARIN 182, 295
PREMASOL 260
PREMESISRX 254
PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST 168
PREMPHASE 181
PREMPRO 181
prena 1 true 253
prena1 254
PRENA1 PEARL 252
PRENAISSANCE 253
PRENAISSANCE PLUS 254
PRENATAL 252
PRENATAL (W/IRON & FA) 252
PRENATAL 19 252
prenatal 19 252
PRENATAL COMPLETE 252
PRENATAL FORTE 252
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 254
PRENATAL ONE DAILY 252
PRENATAL PLUS 252
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 252
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 252
prenatal vitamins 252
PRENATAL VITAMINS 252
PRENATAL/IRON 252
PRENATAL-U 252
PRENATE 254
PRENATE AM 254
PRENATE DHA 254
PRENATE ELITE 252
PRENATE ENHANCE 254
PRENATE ESSENTIAL 254
PRENATE MINI 254
PRENATE PIXIE 254
PRENATE RESTORE 254
PRENATRIX 252
PRENATRYL 252
PREPIDIL 270
PRESTALIA 77
PRETOMANID 88
PREVACID 289
PREVACID SOLUTAB 289
prevalite 74
PREVDUO 67
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 230
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 230
PREVIDENT 244
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS 244
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 244
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT 244
PREVIDENT 5000 KIDS 244
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE 244
PREVIDENT 5000 PLUS 244
PREVIDENT 5000 SENSITIVE 244
PREVNAR 20 292
PREVYMIS 124
PREZCOBIX 121
PREZISTA 122
PRIFTIN 88
PRILOSEC 289
PRIMACARE 252
PRIMAQUINE PHOSPHATE 87
PRIMAXIN IV 84
primidone 50
PRIORIX 292
PRISMASOL B22GK 4/0 239
PRISMASOL BGK 0/2.5 239
PRISMASOL BGK 2/0 239
PRISMASOL BGK 2/3.5 239
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 239
PRISMASOL BGK 4/2.5 239
PRISMASOL BK 0/0/1.2 239
PRISTIQ 56
PRIVIGEN 272
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 230
PRO COMFORT LANCETS 30G 220
PRO COMFORT LANCETS 31G 220
PRO COMFORT PEN NEEDLES 230
pro comfort safety lancets 30g 220
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE 168
PROAIR RESPICLICK 41
probenecid 190
procainamide hcl 38
PROCARDIA XL 131
procentra 13
prochlorperazine 118
prochlorperazine edisylate 118
prochlorperazine maleate 118
PROCRIT 198
PROCTOCORT 36
PROCTOFOAM HC 36
procto-med hc 36
proctosol hc 36
proctozone-hc 36
PROCYSBI 189
PRODIGY INSULIN SYRINGE 230
PRODIGY LANCETS 28G 220
PRODIGY LANCING DEVICE 220
PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC 168
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G 220
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G 220
PROFILNINE 192
progesterone 274
PROGLYCEM 59
PROGRAF 241
PROLASTIN-C 283
PROLATE 33
PROLENSA 266
PROLEUKIN 104
PROLIA 178
PROMACTA 200
promethazine hcl 73
promethazine vc 148
promethazine-codeine 148
promethazine-dm 148
promethazine-phenylephrine 148
promethegan 73
PROMETRIUM 274
propafenone hcl 39
propafenone hcl er 39
proparacaine hcl 265
PROPECIA 163
PROPEL 258
PROPEL MINI 258
PROPEL MINI SDS 258
propofol 188
propranolol hcl 128, 129
propranolol hcl er 128
propylthiouracil 285
PROQUAD 292
PRO-RED AC 148
PROSCAR 188
PROSOL 260
PROSTIN VR 242
protamine sulfate 196
PROTONIX 289
PROTOPAM CHLORIDE 68
protriptyline hcl 57
PROVAYBLUE 68
PROVERA 274
PROVIDA OB 252
PROVIGIL 17
PROVISC 268
PROZAC 55
PRUDOXIN 152
pseudoeph-bromphen-dm 148
PTS PANELS EGLU TEST 168
PULMICORT 44
PULMICORT FLEXHALER 43
Pulmosal 148
PULMOZYME 283
PURE COMFORT LANCETS 30G 220
PURE COMFORT PEN NEEDLE 230
pure comfort safety pen needle 230
PURIXAN 91
px advanced lancing device 220
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 230
PX INSULIN SYRINGE 230
PX LANCETS MICROTHIN 33G 220
PX LANCETS ULTRA THIN 28G 220
PX MINI PEN NEEDLES 230
PX PEN NEEDLE 230
PYLERA 289
pyrazinamide 88
pyridostigmine bromide 88
pyridostigmine bromide er 88
pyrimethamine 87
PYRUKYND 196
PYRUKYND TAPER PACK 196
QBRELIS 79
QBREXZA 160
qc advanced lancing device 220
qc aspirin low dose 29
qc b50 prolonged release 247
qc b-complex/vitamin c 245

qc childrens aspirin 29
qc daily multivitamins/iron 247
qc essentials 249
qc folic acid 198
qc gentle laxative 207
qc gentle laxative womens 207
QC LANCETS SUPER THIN 30G ... 220
QC LANCETS ULTRA THIN 220
qc laxative 207
qc magnesium citrate 206
qc milk of magnesia 206
qc natura-lax 205
qc nicotine transdermal system 281
QC PEN NEEDLES 230
QC PRENATAL 252
QC UNIFINE PENTIPS 230
QC UNILET LANCETS 28G 220
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 220
QDOLO 32
QELBREE 12
QINLOCK 100
QNASL 258
QNASL CHILDRENS 258
QSYMIA 14
QTERN 64
QUADRACEL 286
QUALAQUIN 87
quazepam 203
QUDEXY XR 50
QUELICIN 259
QUESTRAN 74
QUESTRAN LIGHT 74
quetiapine fumarate 117
quetiapine fumarate er 117
QUFLORA FE 248
QUFLORA FE PEDIATRIC 249
QUFLORA PEDIATRIC 250
QUICKTEK TEST 168
QUILLICHEW ER 17
QUILLIVANT XR 17
quin b strong b-25 247
quinapril hcl 79
quinapril-hydrochlorothiazide 77
quinidine gluconate er 38
quinidine sulfate 38
quinine sulfate 87
QUINTABS 249
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST 168
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST 168
QULIPTA 233
QUVIVIQ 203
QUZYTTIR 73
QVAR REDIHALER 44
ra aspirin adult low dose 29
ra aspirin adult low strength 29
ra aspirin childrens 29
ra aspirin ec 29
ra aspirin ec adult low st 29
ra balanced b-100 247
ra balanced b-100 cr 247
ra balanced b-50 247
ra balanced b-50 tr 247
ra b-complex 245
ra b-complex with b-12 245
RA E-ZJECT LANCETS 28G 220
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G 220
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G 221
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN 221
ra folic acid 198
RA INSULIN SYRINGE 230
ra laxative 205, 207
ra magnesium citrate 206
ra milk of magnesia 206
ra mini nicotine 281
ra nicotine 282
ra nicotine gum 281
ra nicotine polacrilex 282
RA PEN NEEDLES 230
RA PRENATAL 252
RA PRENATAL FORMULA 252
ra womens laxative 207
RABAVERT 294
RABEPRAZOLE SODIUM 289
rabeprazole sodium 289
RADICAVA ORS 258
RADICAVA ORS STARTER KIT ... 258
RADIOGARDASE 68
RAGWITEK 18
raloxifene hcl 179
ramelteon 204
ramipril 79
ranolazine er 36
RAPAFLO 188
RAPAMUNE 241
RAPIVAB 126
rasagiline mesylate 112
RASUVO 19
RAVICTI 180
raya sure pen needle 230
RAYALDEE 175
RAYOS 147
react 143
READYLANCE SAFETY LANCETS 221
REALITY INSULIN SYRINGE 230
REALITY LANCETS 221
REALITY LATEX CONDOMS 210
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 210
REALITY LATEX/ULTRA THIN ... 210
REALITY TRIGGER LANCETS 221
REBIF 277
REBIF REBIDOSE 277
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 277
REBIF TITRATION PACK 277
REBINYN 192
REBLOZYL 197
REBYOTA 186
RECARBRIO 84
RECLAST 172
reclipsen 141
RECOMBINATE 192
RECOMBIVAX HB 294
RECORLEV 173
RECOTHROM 201
RECOTHROM SPRAY KIT 201
RECTIV 36
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST 168
REGLAN 184
REGONOL 88
REGRANEX 163
RELAFEN DS 26
RELENZA DISKHALER 126
RELEUKO 199
RELEXXII 17
RELION BLOOD GLUCOSE TEST 168
RELION CONFIRM/MICRO TEST 168
RELION GLUCOSE TEST STRIPS 168
RELION INSULIN SYRINGE 230
RELION LANCET DEVICES 30G .. 221
RELION LANCETS 221
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G 221
RELION LANCETS THIN 26G 221
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G 221
RELION LANCING DEVICE 221
RELION MINI PEN NEEDLES 230
RELION PEN NEEDLES 230
RELION PREMIER TEST 168
RELION PRIME TEST 168
RELION SHORT PEN NEEDLES ... 230
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS 169
RELION ULTIMA TEST 169
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G 221
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS 221
RELISTOR 186
RELNATE DHA 252
RELPAX 234
RELTONE 183
REMERON 53
REMERON SOLTAB 53
REMESENSE 211
REMICADE 187
remifentanil hcl 32
REMODULIN 134
RENACIDIN 189
renal vitamin 245
rena-vite 245
RENFLEXIS 187
RENOVA 151
RENOVA PUMP 151
RENVELA 186
repaglinide 64
REPATHA 76

REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 76
REPATHA SURECLICK 76
RESTASIS 265
RESTASIS MULTIDOSE 265
RESTORIL 203
RETACRIT 198
RETEVMO 101
RETIN-A 150
RETIN-A MICRO 150
RETIN-A MICRO PUMP 150
RETISERT 267
RETROVIR 123
REVATIO 135
REVCOVI 171
REVLIMID 240
revonto 256
REVUFORJ 99
REXALL BLOOD GLUCOSE TEST 169
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G 221
REXTOVY 68
REXULTI 119
REYATAZ 122
REYVOW 235
REZDIFFRA 184
REZIPRES 297
REZLIDHIA 106
REZUROCK 243
REZVOGLAR KWIKPEN 63
REZZAYO 71
RHOFADE 161
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 272
RHOPHYLAC 272
RHOPRESSA 266
RIABNI 92
RIASTAP 192
ribavirin 125, 127
RIDAURA 23
rifabutin 88
RIFADIN 88
rifampin 88
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT 221
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE 221
RIGHTEST GL300 LANCETS 221
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE 169
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE 169
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE 169
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE 169
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST 169
riluzole 258
rimantadine hcl 126
RIMSO-50 189
ringers 236
ringers irrigation 241
RINVOQ 19
RINVOQ LQ 19
RIOMET 58
risanoid plus 255
risedronate sodium 172
RISPERDAL 116
RISPERDAL CONSTA 116
risperidone 116
risperidone microspheres er 116
RITALIN 17
RITALIN LA 17
ritonavir 122
RITUXAN 92
RITUXAN HYCELA 103
rivastigmine 275
rivastigmine tartrate 275
rivelsa 143
RIVFLOZA 190
RIXUBIS 192
rizatriptan benzoate 234
ROBAXIN 256
ROBINUL 289
ROBINUL-FORTE 289
ROCALTROL 175
ROCKLATAN 265
rocuronium bromide 259
roflumilast 43
ROLVEDON 199
romidepsin 98
ropinirole hcl 114
ropinirole hcl er 114
ropivacaine hcl 208
rosuvastatin calcium 75, 76
ROTARIX 294
ROTATEQ 294
ROWASA 185
roweepra 50
ROXICODONE 32
ROXYBOND 32
ROZEREM 204
ROZLYTREK 102
RUBRACA 110
RUCONEST 193
rufinamide 50
RUKOBIA 122
RUXIENCE 92
RYALTRIS 257
RYANODEX 256
RYBELSUS 64
RYBREVANT 101
ryclora 72
RYDAPT 100
RYDEX 148
RYKINDO 116
RYLAZE 103
RYPLAZIM 195
RYSTIGGO 242
RYTARY 113
RYTELO 109
RYVENT 73
SABRIL 52
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT 221
SAFETY LANCETS 221
SAFETY LANCETS 21G 221
SAFETY LANCETS 23G 221
SAFETY LANCETS 28G 221
safety pen needles 230
SAFYRAL 141
sajazir 193
SALAGEN 245
saline flush 238
SAMSCA 179
SANCUSO 69
SANDIMMUNE 240
SANDOSTATIN 179
SANDOSTATIN LAR DEPOT 179
SANTYL 158
SAPHNELO 243
SAPHRIS 117
sapropterin dihydrochloride 178
saps health plus lancets 221
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS 221
SAPS TWIST TOP LANCETS 221
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS 221
SARCLISA 93
SAVAYSA 44
SAVELLA 275
SAVELLA TITRATION PACK 276
saxagliptin hcl 59
saxagliptin-metformin er 59
SAXENDA 14
sb bisacodyl laxative ec 207
sb childrens aspirin 29
sb gentle lax-women 207
SB INSULIN SYRINGE 230
SB LANCETS THIN 221
SB LANCETS ULTRA THIN 221
sb low dose asa ec 29
sb magnesium citrate 206
sb milk of magnesia 206
sb polyethylene glycol 3350 205
SCEMBLIX 95
SCENESSE 160
scopolamine 69
SECUADO 117
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 230
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 230
SEGLENTIS 34
SEGLUROMET 65
select-lite device/lancets 221
select-lite lancing device 221
SELECT-OB 252
SELECT-OB+DHA 254
selegiline hcl 112
SELENIOUS ACID 238
selenium sulfide 154
SELZENTRY 121
SEMGLEE (YFGN) 63
SE-NATAL 19 252

SENSIPAR 172
sensorcaine 208
sensorcaine/epinephrine 208
sensorcaine-mpf 208
sensorcaine-mpf/epinephrine 208
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 208
SEREVENT DISKUS 41
SERNIVO 158
SEROQUEL 117
SEROQUEL XR 117
SEROSTIM 174
SERTRALINE HCL 55
sertraline hcl 55
setlakin 143
sevelamer carbonate 186
sevelamer hcl 187
SEVENFACT 192
sevoflurane 188
SEYSARA 285
SEZABY 202
sf 244
sf 5000 plus 244
SFROWASA 185
sharobel 144
SHINGRIX 294
SIGNIFOR 179
SIGNIFOR LAR 179
SIKLOS 197
sildenafil citrate 135, 136
SILENOR 203
SILIQ 153
silodosin 188
SILVADENE 155
silver sulfadiazine 155
SIMBRINZA 261
SIMLANDI (1 PEN) 22
SIMLANDI (2 PEN) 22
SIMLANDI (2 SYRINGE) 23
simliya 138
simpesse 143
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 221
SIMPONI 23
SIMPONI ARIA 23
SIMULECT 242
simvastatin 76
SINEMET 113
SINGLE-LET 221
SINGULAIR 42, 43
sirolimus 241, 242
SIRTURO 88
sitagliptin 59
sitagliptin base-metformin hcl 59
SITAVIG 126
SIVEXTRO 86
SKYCLARYS 259
SKYLA 144
SKYRIZI 153, 185, 186
SKYRIZI PEN 153
SKYTROFA 174
SLYND 144
sm aspirin adult low strength 29
sm aspirin ec low strength 29
sm aspirin low dose 29
sm b super vitamin complex 246
sm b100 complex 247
sm balanced b-100 246
sm balanced b-50 246
sm b-complex 247
SM B-COMPLEX/VITAMIN C 246
sm clearlax 205
sm folic acid 198
sm gentle laxative 207
SM LANCETS 33G 221
sm milk of magnesia 206
sm multiple vitamins essential 249
sm multiple vitamins/iron 248
sm nicotine 282
sm nicotine polacrilex 282
SM ONE DAILY PRENATAL 253
SM PRENATAL VITAMINS 253
sm super b complex/c 246
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE 221
sm vitamin b complex/vitamin c 246
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 221
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G 222
SMART SENSE PREMIUM TEST 169
SMART SENSE STANDARD LANCETS 222
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS 222
SMART SENSE THIN LANCETS 26G 222
SMART SENSE VALUE TEST 169
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST 169
SMARTEST LANCETS 28G 222
SMOFLIPID 261
smooth lax 205
SOAANZ 170
sod benz-sod phenylacet 180
SODIUM ACETATE 235
sodium acetate 235
sodium bicarbonate 235
sodium chloride 148, 189, 238
sodium chloride (pf) 238
sodium fluoride 236, 244
sodium fluoride 5000 enamel 244
sodium fluoride 5000 plus 244
sodium fluoride 5000 ppm 244
sodium fluoride 5000 sensitive 244
SODIUM IODIDE I-131 285
SODIUM NITRITE 68
sodium nitroprusside 83
sodium oxybate 274
sodium phenylbutyrate 180
sodium phosphates 237
sodium polystyrene sulfonate 242
sodium tetradecyl sulfate 243
SODIUM THIOSULFATE 68
SOFDRA 160
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 125
SOGROYA 174
SOHONOS 256, 257
SOLESTA 240
solifenacin succinate 290
SOLIQUA 64
SOLIRIS 193
SOLOSEC 18
SOLTAMOX 90
SOLU-CORTEF 147
SOLU-MEDROL 147
SOLU-MEDROL (PF) 147
SOLUS V2 LANCETS 28G 222
SOLUS V2 LANCING DEVICE 222
SOLUS V2 TEST 169
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 222
SOMA 256
SOMATULINE DEPOT 179
SOMAVERT 174
SOOLANTRA 161
sorafenib tosylate 100
SORBITOL 189
SORBITOL-MANNITOL 189
SORILUX 154
SOTALOL HCL 129
sotalol hcl 129
sotalol hcl (af) 129
SOTRADECOL 243
sotradecol 243
SOTYKTU 153
SOTYLIZE 129
SOVALDI 125
SOVUNA 88
SPEVIGO 153
SPIKEVAX 294
spinosad 162
SPIRIVA HANDIHALER 42
SPIRIVA RESPIMAT 42
spironolactone 171
spironolactone-hctz 170
SPORANOX 72
SPRAVATO (56 MG DOSE) 54
SPRAVATO (84 MG DOSE) 54
sprintec 28 141
SPRITAM 50
SPRIX 26
SPRYCEL 95
sps (sodium polystyrene sulf) 242
sronyx 141
ssd 155
st joseph aspirin 29
st joseph low dose 29
STAMARIL 294
STEGLATRO 65
STEGLUJAN 64
STELARA 153, 186
STENDRA 136
STERILANCE TL 222
sterile water for irrigation 241
STIMUFEND 199
STIOLTO RESPIMAT 40
STIVARGA 100
STRATTERA 12
STRAVIX 163

STRENSIQ 176
streptomycin sulfate 19
stress b complex/iron 248
stress formula 249
stress formula (folic acid) 246
stress formula/iron 248
stress formula/zinc/energy 249
stresstabs energy 249
STRIBILD 121
STRIVERDI RESPIMAT 41
STROMECTOL 36
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 104
SUBLOCADE 34
SUBOXONE 34
subvenite 50
subvenite starter kit-blue 50
subvenite starter kit-green 50
subvenite starter kit-orange 50
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE 259
SUCRAID 169
sucralfate 288
SUFENTANIL CITRATE 32
SUFLAVE 204
SULAR 131
sulconazole nitrate 159
sulfacetamide sodium 267, 268
sulfacetamide sodium (acne) 149
sulfacetamide-prednisolone 266
sulfadiazine 284
sulfamethoxazole-trimethoprim 84
SULFAMYLON 155
sulfasalazine 185
sulfatrim pediatric 84
sulindac 26
sumatriptan 234
sumatriptan succinate 234
sumatriptan succinate refill 234
sumatriptan-naproxen sodium 234
sunitinib malate 100
SUNLENCA 121
SUNOSI 15
SUPARTZ FX 257
super b complex/fa/vit c 246
super b complex/vitamin c 246
super b-complex 247
super b-complex + vitamin c 246
super b-complex/vit c/fa 246
super dec b-100 247
super quints b-50 247
SUPER THIN LANCETS 222
SUPPRELIN LA 176
SUPRANE 188
SUPREME TEST 169
SUPREP BOWEL PREP KIT 204
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 231
SURE COMFORT LANCETS 18G 222
SURE COMFORT LANCETS 21G 222
SURE COMFORT LANCETS 23G 222
SURE COMFORT LANCETS 28G 222
SURE COMFORT LANCETS 30G 222
sure comfort lancing pen 222
SURE COMFORT PEN NEEDLES 231
sure comfort pen needles 231
surebiotic probiotic support 66
SURELITE LANCETS 222
SURGICEL FIBRILLAR 201
SURGICEL NU-KNIT 201
SURGICEL SNOW 1"X2" 202
SURGICEL SNOW 2"X4" 202
SURGICEL SNOW 4"X4" 202
SUSTOL 69
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 269
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 269
SUTAB 204
SUTENT 101
syeda 141
SYFOVRE 264
SYLVANT 241
SYMBICORT 40
SYMBYAX 283
SYMDEKO 283
SYMFI 121
SYMFI LO 121
SYMLINPEN 120 58
SYMLINPEN 60 58
SYMPAZAN 46
SYMPROIC 186
SYMTUZA 121
SYNAGIS 271
SYNALAR 158
SYNAREL 176
SYNDROS 70
SYNJARDY 65
SYNJARDY XR 65
SYNOJOYNT 257
SYNTHROID 286
SYNVISC 257
SYNVISC ONE 257
SYPRINE 239
SYRINGE AVITENE 202
tab-a-vite 249
tab-a-vite/beta carotene 249
tab-a-vite/iron 248
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 248
TABLOID 91
TABRECTA 99
TACHOSIL 202
TACLONEX 163
tacrolimus 160, 242
tadalafil 136
tadalafil (pah) 135
TADLIQ 135
TAFINLAR 96
tafluprost (pf) 269
TAGRISSO 97
take action 143
TAKHZYRO 195
TALICIA 290
TALTZ 153
TALVEY 96
TALZENNA 110
TAMIFLU 126
tamoxifen citrate 90
tamsulosin hcl 188
TANLOR 256
taperdex 12-day 147
taperdex 6-day 147
taperdex 7-day 147
TARCEVA 97
targadox 285
TARGRETIN 110, 163
tarina 24 fe 141
tarina fe 1/20 eq 141
TARON-C DHA 253
TARPEYO 147
TASCENSO ODT 282
TASIGNA 95
tasimelteon 204
TASMAR 113
tavaborole 160
TAVALISSE 196
TAVNEOS 194
taysofy 141
TAYTULLA 141
TAZAROTENE 150
tazarotene 154
tazicef 138
TAZICEF 138
TAZORAC 154
TAZVERIK 99
TDVAX 286
TECENTRIQ 94
TECENTRIQ HYBREZA 103
TECFIDERA 278
TECHLITE AST LANCETS 222
TECHLITE INSULIN SYRINGE 231
TECHLITE LANCETS 222
TECHLITE LANCETS 26G 222
TECHLITE PEN NEEDLES 231
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 231
TECVAYLI 96
TEFLARO 138
TEGLUTIK 258
TEGRETOL 50
TEGRETOL-XR 50
TEKTURNA 83
telmisartan 81
telmisartan-amlodipine 79, 80
telmisartan-hctz 80
temazepam 203
TEMBEXA 126
TEMODAR 106
temozolomide 106
temsirolimus 100
tencon 28
TENIVAC 287
tenofovir disoproxil fumarate 124
TENORETIC 100 83
TENORETIC 50 83
TENORMIN 128
TEPADINA 89
TEPEZZA 176
TEPMETKO 99
terazosin hcl 82
terbinafine hcl 71
terbutaline sulfate 41
terconazole 294

teriflunomide ... 276
teriparatide ... 178
TERIPARATIDE ... 178
TERLIVAZ ... 180
terrell ... 188
TESTIM ... 35
TESTOPEL ... 35
testosterone ... 35
testosterone cypionate ... 35
testosterone enanthate ... 35
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD ... 287
tetrabenazine ... 276
tetracaine hcl ... 265
tetracycline hcl ... 285
TEVIMBRA ... 94
TEXACORT ... 158
TEZSPIRE ... 44
TGT BLOOD GLUCOSE TEST ... 169
TGT LANCET MICRO THIN 33G ... 222
TGT LANCET THIN 26G ... 222
TGT LANCET ULTRA THIN 30G ... 222
tgt lancing device ... 222
THALITONE ... 171
THALOMID ... 238
THAM ... 235
THE LIQUILIFT TRACE ... 238
THEO-24 ... 44
theophylline ... 44
theophylline er ... 44
THERA ... 249
thera-tabs ... 249
THEREMS ... 249
thiamine hcl ... 297
THIOLA ... 190
THIOLA EC ... 190
thioridazine hcl ... 118
thiotepa ... 89
thiothixene ... 120
thrive ... 282
THRIVITE RX ... 253
THROMBATE III ... 195
THROMBI-GEL 10 ... 200
THROMBI-GEL 100 ... 200
THROMBI-GEL 40 ... 200
THROMBIN-JMI ... 202
THROMBIN-JMI EPISTAXIS ... 202
THROMBI-PAD ... 201
THROMBOGEN ... 202
THYMOGLOBULIN ... 240
THYQUIDITY ... 286
thyroid ... 286
tiadylt er ... 131
tiagabine hcl ... 52
TIAZAC ... 132
TIBSOVO ... 106
TICE BCG ... 104
TICOVAC ... 294
TIGAN ... 69
TIGECYCLINE ... 284
TIKOSYN ... 39
tilia fe ... 145
timolol hemihydrate ... 261
timolol maleate ... 129, 262
timolol maleate (once-daily) ... 261
timolol maleate ocudose ... 262
timolol maleate pf ... 262
TIMOPTIC OCUDOSE ... 262
tinidazole ... 84
tiopronin ... 190
tiotropium bromide monohydrate ... 42
tirofiban hcl in nacl ... 194
TIROSINT ... 286
TIROSINT-SOL ... 286
TISSEEL ... 201
TISSUEBLUE ... 268
tis-u-sol ... 241
TIVDAK ... 94
TIVICAY ... 122
TIVICAY PD ... 122
tizanidine hcl ... 256
TLANDO ... 35
tm-daily vite ... 249
TNKASE ... 196
TOBI ... 19
TOBI PODHALER ... 19
TOBRADEX ... 266
TOBRADEX ST ... 266
tobramycin ... 19, 263
tobramycin sulfate ... 19
tobramycin-dexamethasone ... 266
TOBREX ... 263
TODAY SPONGE ... 295
todays health lancing device ... 222
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES ... 231
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE ... 231
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G ... 222
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G ... 222
TOFIDENCE ... 24
TOLAK ... 152
tolcapone ... 113
TOLECTIN 600 ... 26
tolmetin sodium ... 26
TOLSURA ... 72
tolterodine tartrate ... 290
tolterodine tartrate er ... 290
tolvaptan ... 179
TOPAMAX ... 50
TOPAMAX SPRINKLE ... 51
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES ... 231
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G ... 222
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR ... 231
TOPICORT ... 158
TOPICORT SPRAY ... 158
topiramate ... 51
topiramate er ... 51
TOPOTECAN HCL ... 111
topotecan hcl ... 111
TOPROL XL ... 128
toremifene citrate ... 90
TORISEL ... 100
Torpenz ... 100
torsemide ... 170
TOSYMRA ... 234
TOTALVISC ... 268
TOUJEO MAX SOLOSTAR ... 63
TOUJEO SOLOSTAR ... 63
tovet ... 158
TOVIAZ ... 290
TPN ELECTROLYTES ... 236
TPOXX ... 126
TRACLEER ... 135
TRADJENTA ... 59
TRALEMENT ... 238
TRAMADOL HCL ... 32
tramadol hcl ... 32, 33
tramadol hcl (er biphasic) ... 32
tramadol hcl er ... 32
tramadol-acetaminophen ... 34
trandolapril ... 79
trandolapril-verapamil hcl er ... 77
tranexamic acid ... 201
TRANEXAMIC ACID-NACL ... 201
TRANSDERM-SCOP ... 70
tranylcypromine sulfate ... 54
TRAVASOL ... 260
TRAVATAN Z ... 269
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G ... 222
travoprost (bak free) ... 269
TRAZIMERA ... 94
trazodone hcl ... 55
TREANDA ... 89
TRECATOR ... 88
TRELEGY ELLIPTA ... 40
TRELSTAR MIXJECT ... 107
TREMFYA ... 153, 154
treprostinil ... 134
TRESIBA ... 63
TRESIBA FLEXTOUCH ... 63
tretinoin ... 110, 150
tretinoin microsphere ... 150
tretinoin microsphere pump ... 150
TRETTEN ... 192
TREXALL ... 91
TREXIMET ... 234
trezix ... 30
triamcinolone acetonide ... 158, 245
triamcinolone in absorbase ... 158
triamterene ... 171
triamterene-hctz ... 170
triazolam ... 203
TRIBENZOR ... 82
TRICARE ... 253
TRICOR ... 75
Tridacaine Ii ... 160
Tridacaine Iii ... 160
triderm ... 158
trientine hcl ... 239
TRIESENCE ... 267
tri-estarylla ... 145
trifluoperazine hcl ... 118

trifluridine ... 264
trihexyphenidyl hcl ... 112
TRIJARDY XR ... 64
TRIKAFTA ... 283
tri-legest fe ... 145
TRILEPTAL ... 51
tri-linyah ... 145
TRILIPIX ... 75
tri-lo-estarylla ... 145
tri-lo-marzia ... 145
tri-lo-mili ... 145
tri-lo-sprintec ... 145
TRI-LUMA ... 158
TRILURON ... 257
trimethobenzamide hcl ... 70
TRIMETHOPRIM ... 84
tri-mili ... 145
trimipramine maleate ... 57, 58
TRINATAL RX 1 ... 253
trinate ... 253
TRINTELLIX ... 55
TRIPTODUR ... 176
TRISENOX ... 104
tri-sprintec ... 145
TRISTART DHA ... 254
TRIUMEQ ... 121
TRIUMEQ PD ... 121
TRI-VI-FLOR ... 250
TRI-VI-FLORO ... 250
tri-vite/fluoride ... 250
trivora (28) ... 145
tri-vylibra ... 145
tri-vylibra lo ... 145
TRODELVY ... 110
TROGARZO ... 121
TROJAN ENZ ... 210
TROJAN MAGNUM ... 210
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED ... 210
TROJAN ULTRA THIN ... 210
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL ... 210
TROJAN-ENZ LUBRICATED ... 211
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL ... 211
TROKENDI XR ... 51
TROPHAMINE ... 260
tropicamide ... 262
trospium chloride ... 291
trospium chloride er ... 290
TRUDHESA ... 234
true comfort insulin syringe ... 231
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE ... 231
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 231
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR ... 231
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES ... 231
true comfort safety lancets ... 222
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS ... 222
true cover ... 211
true daily vite ... 249
TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP ... 169
true folic acid ... 198
true laxative ... 205
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST ... 169
true multivitamin ... 249
TRUEDRAW LANCING DEVICE .. 222
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES ... 231
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ... 231
TRUEPLUS LANCETS 26G ... 222
TRUEPLUS LANCETS 28G ... 222
TRUEPLUS LANCETS 30G ... 222
TRUEPLUS LANCETS 33G ... 222
TRUEPLUS PEN NEEDLES ... 231
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G ... 223
TRUETEST TEST ... 169
TRUETRACK TEST ... 169
TRULANCE ... 183
TRULICITY ... 64
TRUMENBA ... 292
TRUQAP ... 91
TRUSKIN ... 163
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE ... 211
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED ... 211
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ... 211
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL . 211
TRUSTEX LUBRICATED ... 211
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ... 211
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ... 211
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ... 211
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE ... 211
TRUSTEX NON-LUBRICATED ... 211
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ... 211
TRUSTEX RIA LUBRICATED ... 211
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED ... 211
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ... 211
TRUVADA ... 121
TRUXIMA ... 92
TRYVIO ... 83
TUDORZA PRESSAIR ... 42
TUKYSA ... 94
TURALIO ... 101
TURPENTINE ... 160
Turqoz ... 141
TUSNEL C ... 148
TUXARIN ER ... 148
TWINRIX ... 292
TWIRLA ... 142
twist top lancets 30g ... 223
TWYNEO ... 149
TYBLUME ... 142
TYBOST ... 124
tydemy ... 142
TYENNE ... 24
TYGACIL ... 284
TYKERB ... 101
TYMLOS ... 178
TYPHIM VI ... 292
TYRVAYA ... 262
TYSABRI ... 278
TYVASO ... 134
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT ... 134
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT ... 134
TYVASO DPI TITRATION KIT ... 134
TYVASO REFILL KIT ... 134
TYVASO STARTER KIT ... 134
TZIELD ... 58
UBRELVY ... 233
UCERIS ... 36, 147
UDENYCA ... 199
UDENYCA ONBODY ... 199
ULORIC ... 190
ULTANE ... 188
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR ... 231
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT ... 231
ULTICARE INSULIN SYRINGE ... 231
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES ... 231
ULTICARE MINI PEN NEEDLES . 231
ULTICARE PEN NEEDLES ... 231
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ... 232
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE ... 232
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE ... 232
ULTI-LANCE AUTOMATIC ... 223
ULTILET CLASSIC LANCETS ... 223
ULTILET LANCETS ... 223
ULTILET PEN NEEDLE ... 232
ULTILET SAFETY LANCETS ... 223
ULTILET SAFETY LANCETS 23G 223
ULTIVA ... 33
ULTOMIRIS ... 193
ultra b-100 complex ... 255
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE ... 232
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES ... 232
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT ... 232
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE .. 232
ULTRA THIN LANCETS 31G ... 223
ULTRA THIN PEN NEEDLES ... 232
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 232
ULTRA-CARE LANCETS 30G ... 223
ULTRACARE PEN NEEDLES ... 232
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM ... 202

ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM 202
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM 202
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM 202
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM 202
ULTRA-THIN II AUTO LANCET .. 223
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT . 232
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 232
ULTRA-THIN II LANCETS 223
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 232
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 232
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 232
ULTRAVATE 158
UNASYN 273
UNDECATREX 35
UNIFINE PENTIPS 232
UNIFINE PENTIPS PLUS 232
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 232
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 232
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 232
UNILET COMFORTOUCH LANCET 223
UNILET EXCELITE 223
UNILET EXCELITE II 223
UNILET G.P. LANCET 223
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET 223
UNILET GP 28 ULTRA THIN 223
UNILET LANCET 223
UNILET MICRO-THIN 33G 223
UNILET SUPERLITE LANCET 223
UNILET SUPER-THIN 30G 223
UNILET ULTRA-THIN 28G 223
UNISTIK 1 223
UNISTIK 2 223
UNISTIK 2 COMFORT 223
UNISTIK 2 EXTRA 223
UNISTIK 2 NEONATAL 223
UNISTIK 2 NORMAL 223
UNISTIK 2 SUPER 223
UNISTIK 3 223
UNISTIK 3 COMFORT 223
UNISTIK 3 EXTRA 223
UNISTIK 3 GENTLE 223
UNISTIK 3 NEONATAL 223
UNISTIK 3 NORMAL 223
UNISTIK CZT COMFORT 223
UNISTIK CZT NORMAL 224
UNISTIK NORMAL 224
UNISTIK PRO SAFETY LANCET . 224
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G 224
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G 224
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G 224
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G 224
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G 224
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G 224
UNISTRIP1 GENERIC 169
unithroid 286
UNITUXIN 93
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G 224
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G 224
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN 224
UPLIZNA 242
UPNEEQ 268
UPTRAVI 135
UPTRAVI TITRATION 135
UROCIT-K 10 189
UROCIT-K 15 189
UROXATRAL 188
URSO FORTE 183
URSODIOL 183
ursodiol 183
UVADEX 104
UZEDY 116
VABOMERE 84
VABYSMO 263
VAFSEO 199
VAGIFEM 295
valacyclovir hcl 126
VALCHLOR 152
VALCYTE 124
valganciclovir hcl 124
VALIUM 38
valproate sodium 53
valproic acid 53
valrubicin 103
VALSARTAN 81
valsartan 81
valsartan-hydrochlorothiazide 80
VALSTAR 103
VALTOCO 10 MG DOSE 46
VALTOCO 15 MG DOSE 47
VALTOCO 20 MG DOSE 47
VALTOCO 5 MG DOSE 47
VALTREX 126
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 232
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G 224
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN 224
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G 224
value plus lancing device 224
VANCOCIN 85
VANCOMYCIN HCL 85, 86
vancomycin hcl 85, 86
vancomycin hcl in dextrose 85
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 85
VANCOMYCIN HCL IN NACL 85
VANDAZOLE 295
VANFLYTA 101
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 232
VANOS 158
VAQTA 294
vardenafil hcl 136
varenicline tartrate 282
varenicline tartrate (starter) 282
varenicline tartrate(continue) 282
VARITHENA 243
VARIVAX 294
VARIZIG 272
VARUBI (180 MG DOSE) 70
VASCEPA 74
VASERETIC 78
vasopressin 180
vasopressin +rfid 180
vasopressin-sodium chloride 180
VASOSTRICT 181
VASOTEC 79
VAXCHORA 292
VAXELIS 287
VAXNEUVANCE 292
VAZCULEP 297
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 295
VECAMYL 82
VECTIBIX 97
VECTICAL 154
vecuronium bromide 259
VEGZELMA 111
VELCADE 101
VELETRI 134
velivet 145
VELPHORO 187
VELSIPITY 187
VELTASSA 242
VEMLIDY 124
VENCLEXTA 95
VENCLEXTA STARTING PACK 95
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 163
venlafaxine besylate er 56
venlafaxine hcl 57
venlafaxine hcl er 56
VENOFER 200
VENTAVIS 134
VENTOLIN HFA 41
VEOPOZ 193
VEOZAH 177
verapamil hcl 132
verapamil hcl er 132
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST 169
VEREGEN 151
VERELAN 132
VERELAN PM 132
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 232
VERIFINE INSULIN SYRINGE 232
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 232

VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G 224
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G 224
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G 224
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G 224
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G 224
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G 224
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G 224
VERKAZIA 265
VERQUVO 136
VERSACLOZ 117
VERZENIO 105
VESICARE 291
VESICARE LS 291
vestura 142
VEVYE 265
VFEND 72
VFEND IV 72
V-GO 20 225
V-GO 30 225
V-GO 40 225
VIAGRA 136
VIBATIV 86
VIBERZI 184
VICTOZA 64
VIDAZA 91
vienva 142
vigabatrin 52
vigadrone 52
Vigadrone 52
VIGAFYDE 52
VIGAMOX 263
Vigpoder 52
VIIBRYD 55
VIJOICE 242
vilazodone hcl 55
VILTEPSO 259
VIMIZIM 177
VIMOVO 24
VIMPAT 51
VINATE DHA RF 253
vinblastine sulfate 108
vincristine sulfate 108
vinorelbine tartrate 108
VIOKACE 169
viorele 138
VIRACEPT 122
VIRAZOLE 127
VIREAD 124
VISCOAT 268
VISIONBLUE 268
VISTOGARD 68
VISUDYNE 266
vit e-vit c-beta carotene 249
VITAFOL FE+ 254
VITAFOL GUMMIES 253
VITAFOL ULTRA 254
VITAFOL-OB 253
VITAFOL-OB+DHA 254
VITAFOL-ONE 254
vitalee 249
VITALIPID N INFANT 250
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 254
vitamin b complex 245
vitamin b complex w/b-12 245
vitamin d (ergocalciferol) 297
vitamin k1 297
vitamin-b complex 245
VITAPEARL 253
VITATHELY WITH GINGER 253
VITATRUE 254
VITLIPID N ADULT 249
VITLIPID N INFANT 250
VITRAKVI 102
VIVA DHA 253
VIVAGUARD INO TEST STRIPS 169
VIVAGUARD LANCETS 224
VIVAGUARD LANCETS 30G 224
VIVAGUARD LANCING DEVICE 224
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G 224
VIVELLE-DOT 182
vivimusta 89
VIVITROL 68
VIVJOA 71
VIVOTIF 292
VIZIMPRO 97
VOGELXO 35
VOGELXO PUMP 35
volnea 138
VONJO 107
VONVENDI 192
VOQUEZNA 288
VOQUEZNA DUAL PAK 290
VOQUEZNA TRIPLE PAK 290
VORANIGO 106
VORAXAZE 105
voriconazole 72
VOSEVI 125
VOTRIENT 101
VOWST 186
VOXZOGO 177
VOYDEYA 194
VP INSULIN SYRINGE 232
VPRIV 197
VRAYLAR 115
VTAMA 154
VUITY 262
VUMERITY 278
VUSION 151
VYALEV 113
VYEPTI 233
vyfemla 142
VYLEESI 276
vylibra 142
VYLOY 93
VYNDAMAX 136
VYNDAQEL 136
VYONDYS 53 259
VYTORIN 76
VYVANSE 13
VYVGART 242
VYVGART HYTRULO 240
VYXEOS 103
VYZULTA 269
WAINUA 275
WAKIX 15
WALGREENS LANCETS 224
WALGREENS LANCETS MICRO THIN 224
WALGREENS LANCETS SUPER THIN 224
WALGREENS THIN LANCETS 224
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS 224
warfarin sodium 44
water for irrigation, sterile 241
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 233
WEGOVY 14
WELCHOL 74
WELIREG 98
WELLBUTRIN SR 54
WELLBUTRIN XL 54
wera 142
wesnatal dha complete 253
wes-phos 250 neutral 237
WESTAB PLUS 253
WESTGEL DHA 254
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 211
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 211
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 211
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 211
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 211
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 212
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 212
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 212
WILATE 193
WINLEVI 150
WINREVAIR 135
WINRHO SDF 272
wixela inhub 40
womans laxative 207
womens laxative 207
wymzya fe 142
WYNZORA 163
XACDURO 84
XACIATO 295
XADAGO 112, 113
XALATAN 269
XALKORI 92
XANAX 38
XANAX XR 38
XARACOLL 208
XARELTO 45
XARELTO STARTER PACK 45
XATMEP 91
XCOPRI 51
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 51
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 51
XDEMVY 265
XELJANZ 19

XELJANZ XR 19
XELODA 91
XELPROS 269
XELSTRYM 14
XEMBIFY 272
XENAZINE 276
XENICAL 15
XENPOZYME 171
XEOMIN 259
XERAVA 284
XERESE 154
XERMELO 187
XGEVA 178
XHANCE 258
XIAFLEX 240
XIFAXAN 84
XIGDUO XR 65
XIIDRA 262
XIPERE 267
xirun 158
XOFIGO 104
XOFLUZA (40 MG DOSE) 126
XOFLUZA (80 MG DOSE) 126
XOLAIR 40, 41
XOLREMDI 197
XOPENEX HFA 41
XOSPATA 101
XPHOZAH 173
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 102
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 102
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 102
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 102
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 102
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 102
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 102
XTAMPZA ER 33
XTANDI 90
xulane 142
XULTOPHY 64
XURIDEN 175
XYLOCAINE 208
XYLOCAINE/EPINEPHRINE 208
XYLOCAINE-MPF 208
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE 208
XYNTHA 193
XYNTHA SOLOFUSE 193
XYOSTED 35
XYREM 274
XYWAV 275
Yargesa 197
YASMIN 28 142
YAZ 142
YCANTH 160
YERVOY 93
YF-VAX 294
yl balanced b-100 247
yl folic acid 198
YONDELIS 110
YONSA 89
YORVIPATH 176
YOSPRALA 195
YUFLYMA (1 PEN) 23
YUFLYMA (2 PEN) 23
YUFLYMA (2 SYRINGE) 23
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER 23
YUPELRI 42
YUSIMRY 23
YUTIQ 267
yuvafem 295
zafemy 142
zafirlukast 43
zaleplon 203
ZALTRAP 112
ZALVIT 253
ZANAFLEX 256
ZANOSAR 109
ZARONTIN 52
ZARXIO 199
ZAVESCA 197
ZAVZPRET 233
ZEGALOGUE 59
ZEGERID 288
ZEJULA 110
ZELAPAR 113
ZELBORAF 96
ZEMAIRA 283
ZEMBRACE SYMTOUCH 234
ZEMDRI 19
ZEMPLAR 175
zenatane 150
ZENPEP 169
zenzedi 14
ZEPATIER 125
ZEPBOUND 14
ZEPOSIA 282
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK 282
ZEPOSIA STARTER KIT 282
ZEPZELCA 89
ZERBAXA 136
ZERVIATE 263
ZESTORETIC 78
ZESTRIL 79
ZETIA 76
ZEVALIN Y-90 103
ZEVRX INSULIN SYRINGE 233
ZEVRX PEN NEEDLES 233
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 224
ZIAGEN 123
ZIANA 150
zidovudine 123
ZIEXTENZO 199
ZIIHERA 94
ZILBRYSQ 194
zileuton er 39
ZILRETTA 147
ZILXI 161
ZIMHI 68
zinc chloride 238
zinc sulfate 238
ZINPLAVA 271
ZIOPTAN 269
ZIPHEX 253
ziprasidone hcl 115
ziprasidone mesylate 115
ZIPSOR 26
ZIRABEV 112
ZIRGAN 264
ZITHROMAX 209
ZITHROMAX TRI-PAK 209
ZITHROMAX Z-PAK 209
ZITUVIMET 59
ZITUVIMET XR 59, 60
ZITUVIO 59
ZOCOR 76
ZOKINVY 240
ZOLADEX 107
zoledronic acid 172
ZOLEDRONIC ACID 172
ZOLINZA 98
zolmitriptan 235
ZOLOFT 55
zolpidem tartrate 203
zolpidem tartrate er 203
ZOMACTON 175
ZOMIG 235
Zomig 235
ZONALON 152
ZONEGRAN 51
ZONISADE 51
zonisamide 51
ZONTIVITY 196
ZORTRESS 242
ZORYVE 154, 161
ZOSYN 273
zovia 1/35 (28) 142
ZOVIRAX 154
ZTALMY 51
ZTLIDO 160
ZUBSOLV 34
ZULRESSO 54
zumandimine 142
ZURZUVAE 54
ZYCLARA 159
ZYCLARA PUMP 159
ZYDELIG 110
ZYFLO 39
ZYKADIA 92
ZYLET 267
ZYMFENTRA (1 PEN) 187
ZYMFENTRA (2 PEN) 187
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 187
ZYNLONTA 92
ZYNYZ 94
ZYPITAMAG 76
ZYPREXA 119
ZYPREXA RELPREVV 120
ZYPREXA ZYDIS 120
ZYTIGA 89
ZYVOX 86, 87

Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia, inicia sesión en anthem.com/ca.

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

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

Anthem

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

Rev. 3/19

Get help in your language

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:
You have the right to get this information and help in your language for free. Call the Member Services number on your ID card for help. (TTY/TDD: 711)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajo
Bee ná ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehji níká a'doowołt'áá jiik'e. Naaltsoos bee atah nílínígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áaji' hodíílnih. Naaltsoos bee atah nílínígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áaji' hodíílnih. (TTY/TDD: 711)

It's important we treat you fairly
That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) or online at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.