



Neighborhood Dual **CONNECT** (HMO D-SNP)

2026 Formulario (Lista de medicamentos cubiertos o 'Lista de medicamentos')

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID del formulario aprobada: 00026453

Este formulario se actualizó el **10/06/2025**. Si desea información más reciente o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales) o visitar www.nhpri.org/DualCONNECT.

Nota para quienes ya son miembros: Este formulario tiene cambios con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que siga incluyendo los medicamentos que usted usa.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Neighborhood Dual CONNECT.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que tiene vigencia a partir del **10/06/2025**. Si desea ver una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, tiene que usar las farmacias de la red para obtener el beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Neighborhood Dual CONNECT?

En este documento, usamos los términos “Lista de medicamentos” y “formulario” para referirnos a lo mismo. El formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Neighborhood Dual CONNECT con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos recetados que se consideran necesarios en un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Neighborhood Dual CONNECT cubre los medicamentos mencionados en el formulario siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, la receta se surta en una farmacia de la red de Neighborhood Dual CONNECT y se sigan las otras normas del plan. Si desea más información sobre cómo surtir las recetas, consulte la Evidencia de cobertura.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podríamos agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, pasarlos a otros niveles de costos compartidos o agregar restricciones nuevas. Cuando hacemos estos cambios, debemos seguir las normas de Medicare. Las actualizaciones al formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: www.nhpri.org/DualCONNECT.

Cambios que pueden afectarlo a usted este año: En los casos que se mencionan a continuación, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de algunas versiones nuevas de medicamentos de marca y de productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión de ese medicamento que tendrá las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos a nuestro formulario una versión nueva de un medicamento, podríamos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original, pero agregarle otras restricciones.

Podríamos hacer estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estuviera en el formulario (por ejemplo, agregamos un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original en una farmacia sin necesidad de conseguir una receta nueva).

Si está usando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos por adelantado antes de hacer un cambio inmediato, pero luego le informaremos los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos ese cambio, usted o el profesional que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo en su caso el medicamento que se cambió. Si desea más información, consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?” que está más adelante.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Si desea más información, consulte la sección “¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?” que está más adelante.

- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si el fabricante retira el medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se lo retire por motivos de seguridad o eficacia, podríamos quitar de inmediato el medicamento de nuestro formulario y luego avisar a los miembros que usan el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afecten a los miembros que estén usando un medicamento. Por ejemplo, podríamos quitar un medicamento de marca del formulario cuando agregamos un genérico equivalente o quitar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. También podríamos imponer restricciones nuevas al medicamento de marca o al producto biológico original. Podríamos realizar cambios en función de pautas clínicas nuevas. Si quitamos un medicamento de nuestro formulario o agregamos restricciones como autorización previa, límites de cantidad o tratamiento escalonado de un medicamento, debemos notificar acerca del cambio a los miembros afectados, al menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Por otra parte, cuando un miembro solicita el resurtido un medicamento, es posible que reciba un suministro del medicamento para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción en su caso y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado usando. El aviso que le demos también contendrá información sobre cómo solicitar una excepción. Igualmente, encontrará información al

respecto en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?” que está más adelante.

Cambios que no lo afectarán si está usando el medicamento. Por lo general, si está usando un medicamento del formulario 2026 que estaba cubierto a principio de año, no descontinuaremos ni disminuirémos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto según se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura para los miembros que los estén usando. No recibirá este año un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, esos cambios podrían afectarlo, por lo cual es importante que revise si hay cambios en los medicamentos del formulario para el nuevo año de beneficios.

El formulario adjunto es vigente a partir del **10/06/2025**. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre Neighborhood Dual CONNECT. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contraportada. En caso de que se realizaran cambios en el formulario a mitad de año, se publicará una versión revisada del Formulario completo de Neighborhood Dual CONNECT en www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/.

¿Cómo se usa el formulario?

Hay dos maneras de buscar el medicamento en el formulario:

Por afección médica

El formulario comienza en la página **9**. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría: Cardiovascular. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página **9**. Luego busque el medicamento dentro de esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro de cuál es la categoría, busque el medicamento en el índice que comienza en la página **85**. El índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos que aparecen en este documento. En el índice, se mencionan tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en la que encontrará información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Neighborhood Dual CONNECT cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un genérico está aprobado por la FDA, ya que tiene los mismos ingredientes activos

que el medicamento de marca. Los genéricos suelen tener la misma eficacia que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los genéricos pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de conseguir una receta nueva, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?

En el formulario, cuando hablamos de medicamentos, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales. Por este motivo, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas denominadas “biosimilares”. Los biosimilares suelen tener la misma eficacia que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de conseguir una receta nueva, al igual que los genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Si desea ver un análisis de los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1: “La 'Lista de medicamentos' le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Entre los requisitos y límites se encuentran los siguientes:

- **Autorización previa:** Neighborhood Dual CONNECT exige que usted o el profesional que le receta el medicamento obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Neighborhood Dual CONNECT antes de surtir las recetas. Si no obtiene la aprobación, Neighborhood Dual CONNECT podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de algunos medicamentos, Neighborhood Dual CONNECT limita la cantidad que cubrirá. Por ejemplo, Neighborhood Dual CONNECT cubre 30 comprimidos de FARXIGA cada 30 días.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Neighborhood Dual CONNECT le pide que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica, Neighborhood Dual CONNECT podría no cubrir el medicamento B, a menos que haya probado el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en su caso, Neighborhood Dual CONNECT entonces cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, busque el formulario que comienza en la página 9. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información

sobre las restricciones que se imponen a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a Neighborhood Dual CONNECT que haga una excepción a estas restricciones o límites o pedirle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?” en la página 6 para ver información sobre cómo pedir una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si el medicamento no está en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse primero con Servicios para Miembros y preguntar si el medicamento está cubierto.

Si descubre que Neighborhood Dual CONNECT no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que cubra Neighborhood Dual CONNECT. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra Neighborhood Dual CONNECT.
- Puede pedirle a Neighborhood Dual CONNECT que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo pedir una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Neighborhood Dual CONNECT?

Puede pedirle a Neighborhood Dual CONNECT que haga una excepción a las normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, el medicamento tendrá cobertura en un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos proporcionar el medicamento a un nivel menor de costo compartido.
- Puede pedirnos una excepción a una restricción de la cobertura, como una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad del medicamento. Por ejemplo, en el caso de algunos medicamentos, Neighborhood Dual CONNECT cubre una cantidad limitada. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos una excepción a ese límite para cubrir una cantidad mayor.

Por lo general, Neighborhood Dual CONNECT solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o la imposición de la restricción, no serían tan eficaces para usted o le provocarían efectos adversos.

Usted o el profesional que le receta el medicamento deben comunicarse con nosotros para pedir una excepción al formulario, incluso si se trata de una excepción a la restricción de la cobertura.

Cuando solicita una excepción, el profesional que le receta el medicamento tendrá que explicar las razones médicas por las cuales hace falta la excepción. Por lo general, debemos tomar la decisión en un plazo de 72 horas desde que recibimos la declaración fundamentada del

profesional que le receta el medicamento. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si cree –y estamos de acuerdo con ello– que podría sufrir daños graves a su salud por esperar un máximo de 72 horas para la decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que le receta el medicamento pide una decisión rápida, debemos darle una respuesta con la decisión en un plazo no mayor a 24 horas desde que recibimos la declaración fundamentada del profesional.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o si tiene una restricción?

Ya sea como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que esté usando medicamentos que no estén en nuestro formulario. O quizás use un medicamento que esté en nuestro formulario, pero que tenga una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con el profesional que le receta el medicamento sobre pedir una decisión de cobertura que demuestre que usted cumple los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que esté cubierto o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usa. Si bien usted y su médico determinan la manera de proceder adecuada para usted, en algunos casos podríamos, cubrir su medicamento durante los primeros 90 días de su pertenencia a nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que use que no estén en nuestro formulario o que tengan una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos reposiciones hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, ya no pagaremos estos medicamentos después del suministro inicial para 30 días, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si tiene alguna limitación para obtener los medicamentos, pero ya han pasado los primeros 90 días de pertenencia a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras pide la excepción al formulario.

Se permiten transiciones en los niveles de atención si ha salido de un centro de atención a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro del medicamento que necesita para 30 días acumulados sea o no miembro nuevo de Neighborhood Dual CONNECT.

También se permiten transiciones en los niveles de atención si ha ingresado en un centro de atención a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro del medicamento que necesite para 31 días acumulados (existen límites para surtir ciertos medicamentos de marca), sea o no miembro nuevo de Neighborhood Dual CONNECT.

Más información

Si desea obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados con Neighborhood Dual CONNECT, consulte la Evidencia de Cobertura y otros documentos del plan.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta sobre Neighborhood Dual CONNECT. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Neighborhood Dual CONNECT

El formulario que está a continuación brinda información sobre la cobertura para los medicamentos cubiertos por Neighborhood Dual CONNECT. Si le cuesta encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página **85**.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (p. ej., SYNTHROID) y los genéricos se indican en cursivas minúsculas (p. ej., *levotiroxina*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Neighborhood Dual CONNECT tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna “Requisitos/Límites”:

PA= Autorización previa: debe tener la aprobación de nuestro plan antes de obtener este medicamento.

ST = Tratamiento escalonado: debe probar otro medicamento antes de obtener este.

QL= Límites de cantidad: Neighborhood Dual CONNECT limita la cantidad que puede obtener de este medicamento.

B/D= Este medicamento podría estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Según las circunstancias, podría hacer falta una autorización previa. Es posible que haya que presentar información que describa por qué y dónde (en qué entorno) usa este medicamento.

Dual CONNECT del Neighborhood Health Plan of Rhode Island (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid de Rhode Island. La inscripción al plan Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
YONSA ORAL TABLET 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 cápsulas cada 28 días
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 cápsulas cada 28 días
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 63 tabletas cada 28 días
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 168 cápsulas cada 28 días
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 168 tabletas cada 28 días
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 tabletas cada 28 días
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 216 ml cada 27 días
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 280 ml cada 28 días
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 70 tabletas cada 28 días
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 91 tabletas cada 28 días
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 tabletas cada 28 días
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 63 tabletas cada 28 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1260 ml cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 cápsulas cada 28 días
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 96 ml cada 28 días
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG- 30000 UNIT/15ML, 600 MG-600 MG- 20000 UNIT/10ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 cápsulas cada 28 días
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 336 paquetes cada 28 días
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 840 tabletas cada 28 días
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 21 días
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TRUQAP 160 MG TABLET	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 paquetes cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRUQAP 200 MG TABLET	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 paquetes cada 28 días
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 tabletas cada 28 días
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 32 tabletas cada 28 días
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 5 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 100 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 80 tabletas cada 28 días
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 14 tabletas cada 28 días
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>doxorubicin intravenous solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 20 cápsulas cada 28 días
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16 ML (10 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 80 MG/8 ML (10 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 cápsulas cada 28 días
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
BIMZELX AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
BIMZELX SUBCUTANEOUS SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 recambios cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 frascos cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 jeringas cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/ML (1 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 plumas cada 28 días
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 plumas cada 28 días
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
PYZCHIVA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 168 tabletas cada año
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 plumas cada 365 días
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 365 días
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 recambio cada 56 días
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
<i>ustekinumab intravenous solution 130 mg/26 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
<i>ustekinumab subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 ml cada 24 días
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Inmunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>bcg vaccine, live (pf) percutaneous suspension for reconstitution 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DENGAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 frascos por vida
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 parches cada 28 días
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate oral tablet, oral only, ext. rel. 24 hr 100 mg, 120 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
METHADONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 ml cada 30 días
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 450 ml cada 30 días
<i>methadone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2700 ml cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 400 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2700 ml cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>morphine intravenous syringe 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>morphine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
Diversos		
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 400 ml cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 480 tabletas cada 30 días
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Antifúngicos		
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 93 tabletas cada 30 días
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 28 días
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 480 tabletas cada 30 días
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 672 tabletas cada año
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin in 0.9 % sod chlor intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CLINDAMYCIN PEDIATRIC ORAL RECON SOLN 75 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 tabletas cada año
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 20 tabletas cada 90 días
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 10 tabletas cada 90 días
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1800 ml cada 30 días
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>linezolid-0.9% sodium chloride intravenous parenteral solution 600 mg/300 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 tabletas cada 30 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl intravenous piggyback 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 80 cápsulas cada 180 días
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 160 cápsulas cada 180 días
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>primaquine oral tablet 26.3 mg (15 mg base)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 336 tabletas cada 28 días
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 168 cápsulas cada año
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 84 cápsulas cada año
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1080 ml cada año
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 40 tabletas cada 90 días
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 22 tabletas cada 90 días
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 90 días
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 inhaladores cada año
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 tableta cada 180 días
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/150 ml, 3 gram/50 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 3 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefotetan injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TAZICEF INJECTION RECON SOLN 1 GRAM, 2 GRAM, 6 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TAZICEF INTRAVENOUS RECON SOLN 1 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous recon soln 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naftillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>oxacillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PFIZERPEN-G INJECTION RECON SOLN 20 MILLION UNIT, 5 MILLION UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Tetraciclinas		
DOXY-100 INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUZYRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 14 días
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olmesartan oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone intravenous solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SOTALOL AF ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-CoA		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CHOLESTYRAMINE LIGHT ORAL POWDER 4 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CHOLESTYRAMINE LIGHT ORAL POWDER IN PACKET 4 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colestipol oral granules 5 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PREVALITE ORAL POWDER 4 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PREVALITE ORAL POWDER IN PACKET 4 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Betabloqueadores		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>nebivolol oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DILT-XR ORAL CAPSULE,EXT.REL 24H DEGRADABLE 120 MG, 180 MG, 240 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina li		
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Diversos		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 450 ml cada 30 días
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>epinephrine hcl (pf) injection solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet for suspension 32 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 frascos cada 21 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 140 cápsulas cada 28 días
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nitroglycerin translingual spray,non-aerosol 400 mcg/spray</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Antitiroideos		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
KIONEX (WITH SORBITOL) ORAL SUSPENSION 15-20 GRAM/60 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPS (WITH SORBITOL) ORAL SUSPENSION 15-20 GRAM/60 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPS (WITH SORBITOL) RECTAL ENEMA 30-40 GRAM/120 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR OIL 100 MG/ML, 200 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 g cada 30 días
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 150 g cada 30 días
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 g cada 30 días
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ALTAVERA (28) ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ALYACEN 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ALYACEN 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AMETHYST (28) ORAL TABLET 90-20 MCG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
APRI ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ARANELLE (28) ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ASHLYNA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AUROVELA FE 1-20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
AZURETTE (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BALZIVA (28) ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BLISOVI FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BRIELLYN ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAMRESE LO ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CAMRESE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CHATEAL EQ (28) ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CRYSSELLE (28) ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DASETTA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
DASETTE 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DAYSEE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4), 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-0.035 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FALMINA (28) ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FEIRZA ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7), 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FINZALA ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG-20 MCG(24) /75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GALBRIELA ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HAILEY ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ICLEVIA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INTROVALE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JAIMIESS ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JASMIEL (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JOLESSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KAITLIB FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.8MG-25MCG(24) AND 75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KARIVA (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KELNOR 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KURVELO (28) ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LARIN FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LEVONEST (28) ORAL TABLET 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg (28)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LEVORA-28 ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOJAIMIESS ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LORYNA (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOW-OGESTREL (28) ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LUTERA (28) ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MARLISSA (28) ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET,CHEWABLE 1 MG-20 MCG(24) /75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MICROGESTIN FE 1/20 (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MILI ORAL TABLET 0.25-0.035 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-0.035 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NIKKI (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG (21)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NORTREL 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NYLIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NYLIA 7/7/7 (28) ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PIMTREA (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PORTIA 28 ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RECLIPSEN (28) ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROSYRAH ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SETLAKIN ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (91)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIMLIYA (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIMPESSE ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPRINTEC (28) ORAL TABLET 0.25-0.035 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TARINA FE 1-20 EQ (28) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20(5)/1-30(7) /1MG-35MCG (9)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.035MG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20(5)/1-30(7) /1MG-35MCG (9)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.035MG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.025 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.025 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.025 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.025 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.035MG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-SPRINTEC (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.035MG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.025 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-0.035MG (28)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TURQOZ (28) ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VALTYA ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VELIVET TRIPHASIC REGIMEN (28) ORAL TABLET 0.1/.125/.15-25 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VESTURA (28) ORAL TABLET 3-0.02 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VIORELE (28) ORAL TABLET 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VYFEMLA (28) ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-0.035 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WERA (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WYMZYA FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.4MG-35MCG(21) AND 75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20(5)/1-30(7) /1MG-35MCG (9)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XELRIA FE ORAL TABLET,CHEWABLE 0.4MG-35MCG(21) AND 75 MG (7)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZOVIA 1-35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZUMANDIMINE (28) ORAL TABLET 3-0.03 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT 3-DAY PATCH	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT 4-DAY PATCH	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 parches cada 24 días
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 insertadores al año

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 1 ml 29 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2"</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 5 plumas cada 25 días
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 5 plumas cada 30 días
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 30 tabletas cada 30 días
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 75 tabletas cada 30 días
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 tabletas cada 30 días
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CEREZyme INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 120 tabletas cada 30 días
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
JAVYGTOR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
JAVYGTOR ORAL TABLET,SOLUBLE 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
REVCIVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Estrógenos		
ABIGALE LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ABIGALE ORAL TABLET 1-0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH SEMIWEEKLY 0.025 MG/24 HR, 0.0375 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL DROPS 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone sod succinate injection recon soln 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Progestinas		
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
BONSITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 180 días
<i>risedronate oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

GASTROINTESTINAL

Antagonistas Del Receptor H2

<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Antieméticos

<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 parches cada 30 días
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
Diversos		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 - 30,000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MOVANTI ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 frascos cada 28 días
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL COMBO PACK 20 MG (28)- 500 MG (84)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 kits al año
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL COMBO PACK 20-500-500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 kits al año

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
VOWST ORAL CAPSULE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 cápsulas cada 30 días
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1680 ml cada 28 días
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 supositorios cada 30 días
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 28 botellas cada 28 días
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Laxantes		
CONSTULOSE ORAL SOLUTION 10 GRAM/15 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ENULOSE ORAL SOLUTION 10 GRAM/15 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GAVILYTE-C ORAL RECON SOLN 240-22.72-6.72 - 5.84 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GAVILYTE-G ORAL RECON SOLN 236-22.74-6.74 - 5.86 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GAVILYTE-N ORAL RECON SOLN 420 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
GENERLAC ORAL SOLUTION 10 GRAM/15 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 - 5.86 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 28 días
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 74 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 74 tabletas cada 30 días
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/500 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 620 ml cada 30 días
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 51 tabletas cada 30 días
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 24 cajas cada 30 días
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DOPTelet (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
DOPTelet (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
DOPTelet (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 frascos cada 30 días
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 20 frascos cada 30 días
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/3 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG, 100 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZERVIAE OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.24 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 3.5-400-10,000 MG-UNIT/G-1%	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 ml cada 30 días
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 3.5-400-10,000 MG-UNIT-UNIT/G	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
POLYCIN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 500-10,000 UNIT/GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XDEMVI OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Antiinflamatorios		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Diversos		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FLAC OTIC OIL OTIC (EAR) DROPS 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluocinolone acetone oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 blísteres cada 30 días
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %), 42 mcg (0.06 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
Antihistamínicos		
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>cetirizine oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation, 90 mcg/actuation (nda020503), 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 2 inhaladores cada 30 días
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VENTOLIN HFA 90 MCG INHALER 90 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 inhaladores cada 30 días
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
BREZTRI AEROSPHERE INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 4 inhaladores cada 28 días
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 blísteres cada 30 días
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inhalador cada 30 días
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BREYNA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 100-5 MCG/ACTUATION, 200-5 MCG/ACTUATION, 50-5 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
WIXELA INHUB INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
Diversos		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada año
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 frascos cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
ZEMAIRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal spray, non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 botellas cada 30 días
<i>fluticasone propionate nasal spray, suspension 50 mcg/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 botella cada 30 días
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 32 ml cada 30 días
Inhalantes Esteroides		
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
ALVESCO INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 inhalaciones cada 30 días
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast oral granules in packet 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTiom ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
APTiom ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 paquetes cada 30 días
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 ml cada 30 días
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1200 ml cada 30 días
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 680 ml cada 28 días
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1200 ml cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 unidades nasales cada 30 días
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1500 ml cada 30 días
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2400 ml cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 tabletas cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 hojas cada 30 días
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1 ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10 MG/0.1 ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 blísteres cada 30 días
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGADRONE ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
VIGPODER ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY (150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 28 tabletas cada 28 días
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1100 ml cada 30 días
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Agentes Para Esclerosis Múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 95 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 14 kits cada 28 días
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
GLATOPA SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
GLATOPA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 plumas cada 365 días
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 ml cada 30 días

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 tabletas cada 30 días
Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>donepezil oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 200 ml cada 30 días
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine oral tablets, dose pack 5-10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 7-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 parches cada 30 días
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 parches cada 30 días
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 80 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 20 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>trimipramine oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 28 cápsulas cada 14 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 14 cápsulas cada 14 días
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inyección cada 28 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML, 662 MG/2.4 ML, 882 MG/3.2 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 jeringas al año
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML, 1,560 MG/5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 inyección cada 180 días
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 28 días
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML, 410 MG/1.32 ML, 546 MG/1.75 ML, 819 MG/2.63 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 1 jeringa cada 90 días
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 3 frascos cada 1 día
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 30 tabletas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 hojas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 hojas cada 30 días
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml, 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 240 ml cada 30 días
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	ST; QL; 120 tabletas cada 30 días
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 parches cada 30 días
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 6 inyecciones cada 3 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 frascos cada 28 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>atomoxetine oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>dexmethylphenidate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
Migraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 1 pluma cada 30 días
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 8 ml cada 30 días
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 plumas cada 30 días
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 2 jeringas cada 30 días
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 jeringas cada 30 días
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 40 tabletas cada 28 días
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 tabletas cada 30 días
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 24 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 18 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 18 inyecciones cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 540 ml cada 30 días
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6 ml (6 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 360 cada 30 días
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 750 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 cada 30 días
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 8 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 4-1 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 8-2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)-1 mg (42)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 2 paquetes cada año
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 380 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>electrolyte-a intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>lactated ringers intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 35-20-5 MEQ/20 ML	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
<i>fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON 8 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET,ER PARTICLES/CRYSTALS 10 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET,ER PARTICLES/CRYSTALS 15 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET,ER PARTICLES/CRYSTALS 20 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
M-NATAL PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
WESTAB PLUS ORAL TABLET 27 MG IRON- 1 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Nutrición Iv		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
<i>dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 150 pastillas cada 30 días
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
LIDOCAINE VISCOUS MUCOUS MEMBRANE SOLUTION 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PERIOGARD MUCOUS MEMBRANE MOUTHWASH 0.12 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>clindamycin phosphate topical gel 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 75 ml cada 30 días
<i>clindamycin phosphate topical lotion 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
ERY PADS TOPICAL SWAB 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 compresas cada 30 días
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 46,6 g cada 30 días
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
NEUAC TOPICAL GEL 1.2 % (1 % BASE) -5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 118 ml cada 30 días
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 45 g cada 30 días
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 45 g cada 30 días
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 180 g cada 30 días
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO MUCOUS MEMBRANE JELLY IN APPLICATOR 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 ml cada 30 días
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 50 ml cada 30 días
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 50 g cada 30 días
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	B/D; QL; 30 g cada 30 días
LIDOCAN III TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
TRIDACAINE II TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
Dermatología, Antibióticos		
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 220 g cada 30 días
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SSD TOPICAL CREAM 1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
SULFAMYLON TOPICAL CREAM 85 MG/G	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 453,6 g cada 30 días
Dermatología, Anticuerpos		
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 90 g cada 30 días
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 85 g cada 30 días
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
KLAYESTA TOPICAL POWDER 100,000 UNIT/GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
NYAMYC TOPICAL POWDER 100,000 UNIT/GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
NYSTOP TOPICAL POWDER 100,000 UNIT/GRAM	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 ml cada 30 días
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
CALCITRENE TOPICAL OINTMENT 0.005 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
ENSTILAR TOPICAL FOAM 0.005-0.064 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días
Dermatología, Corticosteroides		
ALA-CORT TOPICAL CREAM 1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
alclometasone topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
alclometasone topical ointment 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 ml cada 30 días
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol scalp solution 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 100 ml cada 30 días
clobetasol topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol topical gel 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol topical ointment 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol topical shampoo 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 236 ml cada 30 días
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
CLODAN TOPICAL SHAMPOO 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 236 ml cada 30 días
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 118,28 ml cada 30 días
fluocinolone topical cream 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
fluocinolone topical cream 0.025 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinolone topical oil 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 118,28 ml cada 30 días
fluocinolone topical ointment 0.025 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinolone topical solution 0.01 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
fluocinonide topical cream 0.05 %, 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinonide topical gel 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
fluocinonide topical ointment 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
fluocinonide topical solution 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 ml cada 30 días
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 120 g cada 30 días
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
fluticasone propionate topical ointment 0.005 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 50 g cada 30 días
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 50 g cada 30 días
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D
Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 454 g cada 30 días
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
TRIDERM TOPICAL CREAM 0.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 454 g cada 30 días
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 59 ml cada 30 días
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 60 g cada 30 días
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 300 ml cada 28 días
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 40 g cada 30 días
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 10 ml cada 30 días
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 24 paquetes cada 30 días
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 59 ml cada 30 días
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 30 g cada 30 días
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	QL; 7 ml cada 28 días
PROCTOCORT TOPICAL CREAM 1 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROCTO-MED HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROCTOSOL HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
PROCTOZONE-HC TOPICAL CREAM WITH PERINEAL APPLICATOR 2.5 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 100 g cada 30 días
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	Nivel 1 (\$5.10-\$12.65)	PA; QL; 60 g cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D

Última actualización: 10/06/2025

Índice de medicamentos

<i>abacavir</i>	25	AMETHYST (28).....	42	AUSTEDO XR TITRATION	
<i>abacavir-lamivudine</i>	27	<i>amikacin</i>	28	KT(WK1-4).....	75
ABIGALE.....	52	<i>amiloride</i>	38	AUVELITY.....	70
ABIGALE LO.....	52	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	38	AVIANE.....	42
ABILIFY ASIMTUFII.....	72	<i>amiodarone</i>	35	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	10
ABILIFY MAINTENA.....	72	<i>amitriptyline</i>	70	AYUNA.....	42
<i>abiraterone</i>	9	<i>amlodipine</i>	36	AYVAKIT.....	10
ABIRTEGA.....	9	<i>amlodipine-benazepril</i>	38	<i>azacitidine</i>	15
ABRYSVO (PF).....	21	<i>amlodipine-olmesartan</i>	37	<i>azathioprine</i>	20
<i>acamprosate</i>	77	<i>amlodipine-valsartan</i>	37	<i>azelastine</i>	59, 62
<i>acarbose</i>	49	<i>ammonium lactate</i>	84	<i>azithromycin</i>	32
ACCUTANE.....	81	AMNESTEEM.....	81	<i>aztreonam</i>	28
<i>acebutolol</i>	36	<i>amoxapine</i>	70	AZURETTE (28).....	42
<i>acetaminophen-codeine</i>	24	<i>amoxicillin</i>	33	<i>bacitracin</i>	60
<i>acetazolamide</i>	38	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	33	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	60
<i>acetic acid</i>	57, 62	<i>amphotericin b</i>	28	<i>baclofen</i>	69
<i>acetylcysteine</i>	64	<i>amphotericin b liposome</i>	28	BAFIERTAM.....	69
<i>acitretin</i>	82	<i>ampicillin</i>	33	<i>balsalazide</i>	56
ACTHIB (PF).....	21	<i>ampicillin sodium</i>	33	BALVERSA.....	10
ACTIMMUNE.....	20	<i>ampicillin-sulbactam</i>	33	BALZIVA (28).....	42
<i>acyclovir</i>	30	<i>anagrelide</i>	58	BARACLUDGE.....	30
<i>acyclovir sodium</i>	30	<i>anastrozole</i>	9	<i>bcg vaccine, live (pf)</i>	21
ADACEL(TDAP		ANORO ELLIPTA.....	63	<i>benazepril</i>	40
ADOLESN/ADULT)(PF).....	21	<i>aprepitant</i>	54	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	38
<i>adefovir</i>	30	APRI.....	42	<i>bendamustine</i>	9
ADEMPAS.....	39	APTOM.....	65	BENDEKA.....	9
ADMELOG SOLOSTAR U-100		APTIVUS.....	25	BENLYSTA.....	20
INSULIN.....	47	ARALAST NP.....	64	<i>benztropine</i>	68
ADMELOG U-100 INSULIN		ARANELLE (28).....	42	BERINERT.....	58
LISPRO.....	47	ARCALYST.....	20	BESIVANCE.....	60
ADVAIR HFA.....	63	AREXVY (PF).....	21	BESREMI.....	16
AFIRMELLE.....	42	ARIKAYCE.....	28	<i>betaine</i>	50
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	76	<i>aripiprazole</i>	72	<i>betamethasone dipropionate</i>	83
AIRSUPRA.....	63	ARISTADA.....	72	<i>betamethasone valerate</i>	83
AKEEGA.....	9	ARISTADA INITIO.....	72	<i>betamethasone, augmented</i>	83
ALA-CORT.....	83	<i>armodafinil</i>	77	BETASERON.....	69
<i>albendazole</i>	28	ARNUIITY ELLIPTA.....	65	<i>betaxolol</i>	36, 59
<i>albuterol sulfate</i>	62, 63	<i>asenapine maleate</i>	72	<i>bethanechol chloride</i>	57
<i>alclometasone</i>	83	ASHLYNA.....	42	BEVESPI AEROSPHERE.....	63
ALCOHOL PADS.....	47	<i>aspirin-dipyridamole</i>	59	<i>bexarotene</i>	16, 84
ALDURAZYME.....	50	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	47	BEXSERO.....	21
ALECENSA.....	10	ASTAGRAF XL.....	20	<i>bicalutamide</i>	9
<i>alendronate</i>	53	<i>atazanavir</i>	25	BICILLIN L-A.....	33
<i>alfuzosin</i>	57	<i>atenolol</i>	36	BIKTARVY.....	27
<i>aliskiren</i>	39	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	37	BIMZELX.....	17
<i>allopurinol</i>	25	<i>atomoxetine</i>	75	BIMZELX AUTOINJECTOR.....	17
<i>alosetron</i>	55	<i>atorvastatin</i>	35	<i>bisoprolol fumarate</i>	36
<i>alprazolam</i>	69	<i>atovaquone</i>	28	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	37
ALTAVERA (28).....	42	<i>atovaquone-proguanil</i>	30	BIVIGAM.....	19
ALUNBRIG.....	10	<i>atropine</i>	61	BLISOVI 24 FE.....	42
ALVAIZ.....	58	ATROVENT HFA.....	62	BLISOVI FE 1.5/30 (28).....	42
ALVESCO.....	65	AUBRA EQ.....	42	BONSITY.....	54
ALYACEN 1/35 (28).....	42	AUGTYRO.....	10	BOOSTRIX TDAP.....	21
ALYACEN 7/7/7 (28).....	42	AUROVELA 1/20 (21).....	42	<i>bortezomib</i>	10
ALYFTREK.....	64	AUROVELA 24 FE.....	42	<i>bosentan</i>	39
ALYGLO.....	19	AUROVELA FE 1.5/30 (28).....	42	BOSULIF.....	10
ALYQ.....	39	AUROVELA FE 1-20 (28).....	42	BRAFTOVI.....	10
<i>amantadine hcl</i>	68	AUSTEDO.....	75	BREO ELLIPTA.....	63
<i>ambrisentan</i>	39	AUSTEDO XR.....	75	BREYNA.....	63

BREZTRI AEROSPHERE.....	63	<i>celecoxib</i>	23	<i>clotrimazole</i>	81, 82
BRIELLYN.....	42	<i>cephalexin</i>	32	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	82
<i>brimonidine</i>	59	CEQUR SIMPLICITY.....	47	<i>clozapine</i>	72
<i>brinzolamide</i>	59	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	47	COARTEM.....	30
BRIVIACT.....	65	CERDELGA.....	50	COBENFY.....	72
<i>bromocriptine</i>	68	CEREZYME.....	50	COBENFY STARTER PACK.....	72
BRUKINSA.....	10	<i>cetirizine</i>	62	<i>colchicine</i>	25
<i>budesonide</i>	56, 65	<i>cevimeline</i>	81	<i>colesevelam</i>	35
<i>budesonide-formoterol</i>	63	CHATEAL EQ (28).....	42	<i>colestipol</i>	35, 36
<i>bumetanide</i>	38	CHEMET.....	41	<i>colistin (colistimethate na)</i>	29
<i>buprenorphine</i>	24	<i>chlorhexidine gluconate</i>	81	COMBIGAN.....	59
<i>buprenorphine hcl</i>	77	<i>chloroquine phosphate</i>	30	COMBIVENT RESPIMAT.....	63
<i>buprenorphine-naloxone</i>	77	<i>chlorpromazine</i>	72	COMETRIQ.....	11
<i>bupropion hcl</i>	70	<i>chlorthalidone</i>	38	COMPRO.....	54
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	77	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	35	CONSTULOSE.....	56
<i>buspirone</i>	69	CHOLESTYRAMINE LIGHT.....	35	COPAXONE.....	69
<i>butorphanol</i>	24	<i>ciclopirox</i>	82	COPIKTRA.....	11
<i>cabergoline</i>	50	<i>cilostazol</i>	58	CORLANOR.....	39
CABOMETYX.....	11	CILOXAN.....	60	COTELLIC.....	11
<i>calcipotriene</i>	82	CIMDUO.....	27	CREON.....	55
<i>calcitonin (salmon)</i>	54	<i>cinacalcet</i>	50	CRESEMBA.....	28
CALCITRENE.....	83	<i>ciprofloxacin hcl</i>	33, 60	<i>cromolyn</i>	55, 59, 64
<i>calcitriol</i>	41	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	33	CRYSSELLE (28).....	42
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	11	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	62	<i>cyclobenzaprine</i>	69
CAMILA.....	42	<i>cisplatin</i>	9	<i>cyclophosphamide</i>	9
CAMRESE.....	42	<i>citalopram</i>	70	<i>cycloserine</i>	27
CAMRESE LO.....	42	CLARAVIS.....	81	<i>cyclosporine</i>	20
<i>candesartan</i>	34	<i>clarithromycin</i>	32	<i>cyclosporine modified</i>	20
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	37	<i>clindamycin hcl</i>	28	<i>cyproheptadine</i>	62
CAPLYTA.....	72	<i>clindamycin in 0.9 % sod chlor</i>	28	CYRED EQ.....	42
CAPRELSA.....	11	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	28	CYSTADROPS.....	61
<i>captopril</i>	40	CLINDAMYCIN PEDIATRIC.....	29	CYSTAGON.....	50
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	38	<i>clindamycin phosphate</i>	29, 57, 81	CYSTARAN.....	61
<i>carbamazepine</i>	65	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	81	<i>cytarabine</i>	15
<i>carbidopa-levodopa</i>	68	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE.....	80	<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	78
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	68	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE.....	80	<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	78
<i>carboplatin</i>	9	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	80	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	78
<i>carglumic acid</i>	50	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE).....	80	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	78
<i>carisoprodol</i>	69	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE).....	80	<i>dabigatran etexilate</i>	58
<i>carteolol</i>	59	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE).....	80	<i>dalfampridine</i>	69
CARTIA XT.....	36	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE).....	80	<i>danazol</i>	41
<i>carvedilol</i>	36	CLINISOL SF 15 %.....	80	<i>dantrolene</i>	69
<i>caspofungin</i>	28	CLINOLIPID.....	80	DANZITEN.....	11
CAYSTON.....	28	<i>clobazam</i>	65	<i>dapagliflozin propanediol</i>	49
<i>cefactor</i>	31	<i>clobetasol</i>	83	<i>dapsone</i>	29
<i>cefadroxil</i>	31	<i>clobetasol-emollient</i>	83	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	21
<i>cefazolin</i>	31	CLODAN.....	83	<i>daptomycin</i>	29
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	31	<i>clomipramine</i>	70	<i>darunavir</i>	25
<i>cefdinir</i>	31	<i>clonazepam</i>	65, 66	<i>dasatinib</i>	11
<i>cefepime</i>	31	<i>clonidine</i>	39	DASETTA 1/35 (28).....	42
<i>cefixime</i>	32	<i>clonidine hcl</i>	39	DASETTA 7/7/7 (28).....	43
<i>cefotetan</i>	32	<i>clopidogrel</i>	59	DAURISMO.....	11
<i>cefoxitin</i>	32	<i>clorazepate dipotassium</i>	66	DAYSEE.....	43
<i>cefpodoxime</i>	32			DAYVIGO.....	76
<i>cefprozil</i>	32			DEBLITANE.....	43
<i>ceftazidime</i>	32			<i>deferasirox</i>	41
<i>ceftriaxone</i>	32			DELSTRIGO.....	27
<i>cefuroxime axetil</i>	32			DENGAXIA (PF).....	21
<i>cefuroxime sodium</i>	32			DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	43

DEPO-TESTOSTERONE	41	doxycycline hyclate	34	ergotamine-caffeine	76
DESCOVY	27	doxycycline monohydrate	34	ERIVEDGE	11
desipramine	70	DRIZALMA SPRINKLE	71	ERLEADA	9
desmopressin	50, 51	dronabinol	54	erlotinib	11
desog-e.estradiol/e.estradiol	43	drosiprenone-e.estradiol-lm.fa	43	ERRIN	43
desvenlafaxine succinate	70	drosiprenone-ethinyl estradiol	43	ertapenem	29
dexamethasone	52	droxidopa	39	ERY PADS	81
DEXAMETHASONE INTENSOL	52	DULERA	63	ERYTHROCIN	32
dexamethasone sodium phos (pf)	53	duloxetine	71	erythromycin	33, 60
dexamethasone sodium phosphate	53, 61	DUPIXENT PEN	17	erythromycin ethylsuccinate	33
dexmethylphenidate	75	DUPIXENT SYRINGE	17	erythromycin lactobionate	33
dextroamphetamine-amphetamine	75	dutasteride	57	erythromycin with ethanol	81
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	78	dutasteride-tamsulosin	58	erythromycin-benzoyl peroxide	81
dextrose 10 % in water (d10w)	80	E.E.S. 400	32	ERZOFRI	73
dextrose 5 % in water (d5w)	80	econazole nitrate	82	escitalopram oxalate	71
dextrose 5 %-lactated ringers	78	EDURANT	25	eslicarbazepine	66
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	78	EDURANT PED	26	esomeprazole magnesium	56
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	78	efavirenz	26	ESTARYLLA	43
dextrose 50 % in water (d50w)	80	efavirenz-emtricitabin-tenofov	27	estradiol	52
dextrose 70 % in water (d70w)	80	efavirenz-lamivu-tenofov disop	27	estradiol valerate	52
DIACOMIT	66	electrolyte-a	78	estradiol-norethindrone acet	52
diazepam	66, 77	ELIGARD	9	eszopiclone	76
DIAZEPAM INTENSOL	66	ELIGARD (3 MONTH)	9	ethambutol	27
diazoxide	41	ELIGARD (4 MONTH)	9	ethosuximide	66
diclofenac potassium	23	ELIGARD (6 MONTH)	9	etodolac	24
diclofenac sodium	23, 24, 61, 84	ELINEST	43	etonogestrel-ethinyl estradiol	43
dicloxacillin	33	ELIQUIS	58	etoposide	17
dicyclomine	55	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D	58	etravirine	26
DIFICID	32	START	58	EUCRISA	84
diflunisal	24	ELURYNG	43	EULEXIN	9
difluprednate	61	EMGALITY PEN	76	everolimus (antineoplastic)	11
digoxin	39	EMGALITY SYRINGE	76	everolimus (immunosuppressive)	20
dihydroergotamine	76	EMSAM	71	EVOTAZ	27
DILANTIN	66	emtricitabine	26	exemestane	9
diltiazem hcl	36, 37	emtricitabine-tenofov (tdf)	27	EYSUVIS	61
DILT-XR	37	emtricitabine-tenofov df	27	ezetimibe	36
diphenhydramine hcl	62	EMTRIVA	26	ezetimibe-simvastatin	36
diphenoxylate-atropine	55	EMVERM	29	FABRAZYME	51
dipyridamole	59	EMZAHH	43	FALMINA (28)	43
disopyramide phosphate	35	enalapril maleate	40	famciclovir	30
disulfiram	77	enalapril-hydrochlorothiazide	38	famotidine	54
divalproex	66	ENBREL	17	famotidine (pf)	54
docetaxel	16	ENBREL MINI	17	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	54
DOCIVYX	16	ENBREL SURECLICK	17	FANAPT	73
dofetilide	35	ENDOCET	24	FANAPT TITRATION PACK A	73
DOLISHALE	43	ENERGIX-B (PF)	21	FANAPT TITRATION PACK B	73
donepezil	70	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	21	FANAPT TITRATION PACK C	73
DOPTelet (10 TAB PACK)	58	ENILLORING	43	FARXIGA	49
DOPTelet (15 TAB PACK)	58	enoxaparin	58	FASENRA	64
DOPTelet (30 TAB PACK)	58	ENSKYCE	43	FASENRA PEN	64
dorzolamide	59	ENSTILAR	83	FEIRZA	43
dorzolamide-timolol	59	entacapone	68	felbamate	66
DOTTI	52	entecavir	30	felodipine	37
DOVATO	27	ENTRESTO SPRINKLE	37	fenofibrate	35
doxazosin	34	ENULOSE	56	fenofibrate micronized	35
doxepin	71, 76	EPCLUSA	30	fenofibrate nanocrystallized	35
doxorubicin	16	EPIDIOLEX	66	fentanyl	24
doxorubicin, peg-liposomal	16	epinephrine	64	fesoterodine	57
DOXY-100	34	epinephrine hcl (pf)	39	FETZIMA	71
		epiphenone	34		

FIASP FLEXTOUCH U-100		GAMUNEX-C	20	HERZUMA	11
INSULIN	48	<i>ganciclovir sodium</i>	30	HIBERIX (PF)	22
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	48	GARDASIL 9 (PF)	21	HUMIRA	17
FIASP PUMPCART	48	<i>gatifloxacin</i>	60	HUMIRA PEN	17
FIASP U-100 INSULIN	48	GATTEX 30-VIAL	55	HUMIRA(CF)	18
<i>fidaxomicin</i>	33	GAUZE PAD	48	HUMIRA(CF) PEN	18
<i>finasteride</i>	58	GAVILYTE-C	56	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-	
<i>fingolimod</i>	69	GAVILYTE-G	56	HS	18
FINTEPLA	66	GAVILYTE-N	56	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
FINZALA	43	GAVRETO	11	ADOL HS	18
FIRMAGON KIT W DILUENT		<i>gefitinib</i>	11	HUMULIN R U-500 (CONC)	
SYRINGE	9	<i>gemcitabine</i>	16	INSULIN	48
FLAC OTIC OIL	62	<i>gemfibrozil</i>	35	HUMULIN R U-500 (CONC)	
FLEBOGAMMA DIF	19	GEMTESA	57	KWIKPEN	48
<i>flecainide</i>	35	GENERLAC	57	<i>hydralazine</i>	39
<i>fluconazole</i>	28	GENGRAF	20	<i>hydrochlorothiazide</i>	38
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	28	GENOTROPIN	51	<i>hydrocodone bitartrate</i>	24
<i>flucytosine</i>	28	GENOTROPIN MINIQUICK	51	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	24, 25
<i>fludrocortisone</i>	53	<i>gentamicin</i>	29, 60, 82	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	25
<i>flunisolide</i>	65	<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	29	<i>hydrocortisone</i>	53, 56, 83, 84
<i>fluocinolone</i>	83	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	29	<i>hydrocortisone sod succinate</i>	53
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	62	GENVOYA	27	<i>hydrocortisone valerate</i>	84
<i>fluocinolone and shower cap</i>	83	GILOTRIF	11	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	62
<i>fluocinonide</i>	83	<i>glatiramer</i>	69	<i>hydromorphone</i>	25
<i>fluocinonide-emollient</i>	83	GLATOPA	69	<i>hydroxychloroquine</i>	19
<i>fluoride (sodium)</i>	79	GLEOSTINE	9	<i>hydroxyurea</i>	16
<i>fluorometholone</i>	61	<i>glimepiride</i>	49	<i>hydroxyzine hcl</i>	62
<i>fluorouracil</i>	15, 84	<i>glipizide</i>	49	<i>hydroxyzine pamoate</i>	62
<i>fluoxetine</i>	71	<i>glipizide-metformin</i>	49	<i>ibandronate</i>	54
<i>fluphenazine decanoate</i>	73	<i>glutamine (sickle cell)</i>	58	IBRANCE	11, 12
<i>fluphenazine hcl</i>	73	<i>glycopyrrolate</i>	55	IBTROZI	12
<i>flurbiprofen</i>	24	GLYDO	82	IBU	24
<i>flurbiprofen sodium</i>	61	GLYXAMBI	49	<i>ibuprofen</i>	24
<i>fluticasone propionate</i>	65, 83	GOMEKLI	11	<i>icatibant</i>	59
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	63	<i>granisetron (pf)</i>	54	ICLEVIA	43
<i>fluvoxamine</i>	69	<i>granisetron hcl</i>	54	ICLUSIG	12
<i>fondaparinux</i>	58	<i>griseofulvin microsize</i>	28	IDHIFA	12
<i>fosamprenavir</i>	26	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	28	<i>imatinib</i>	12
<i>fosfomycin tromethamine</i>	29	<i>guanfacine</i>	39, 75	IMBRUVICA	12
<i>fosinopril</i>	40	HADLIMA	17	<i>imipenem-cilastatin</i>	29
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	38	HADLIMA PUSHTOUCH	17	<i>imipramine hcl</i>	71
FOTIVDA	11	HADLIMA(CF)	17	<i>imiquimod</i>	84
FRINDOVYX	9	HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	17	IMKELDI	12
FRUZAQLA	11	HAEGARDA	59	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	22
FULPHILA	59	HAILEY	43	IMPAVIDO	29
<i>fulvestrant</i>	10	HAILEY 24 FE	43	INBRIJA	69
<i>furosemide</i>	38	<i>halobetasol propionate</i>	83	INCASSIA	43
FYAVOLV	52	HALOETTE	43	INCRELEX	51
FYCOMPA	66	<i>haloperidol</i>	73	INCRUSE ELLIPTA	62
<i>gabapentin</i>	66, 77	<i>haloperidol decanoate</i>	73	<i>indapamide</i>	39
<i>galantamine</i>	70	<i>haloperidol lactate</i>	73	INFANRIX (DTAP) (PF)	22
GALBRIELA	43	HAVRIX (PF)	21	<i>infliximab</i>	18
GALLIFREY	53	HEATHER	43	INLYTA	12
GAMASTAN	20	<i>heparin (porcine)</i>	58	INQOVI	16
GAMMAGARD LIQUID	20	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i>	58	INREBIC	12
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		<i>heparin, porcine (pf)</i>	58	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	48
MCG/ML)	20	HEPLISAV-B (PF)	22	INTELENCE	26
GAMMAKED	20	HERCEPTIN	11	INTRALIPID	80
GAMMAPLEX	20	HERCEPTIN HYLECTA	11	INTROVALE	43
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	20	HERNEXEOS	11	INVEGA HAFYERA	73

INVEGA SUSTENNA.....	73	KINRIX (PF).....	22	levothyroxine.....	40
INVEGA TRINZA.....	73	KIONEX (WITH SORBITOL).....	41	LEVOXYL.....	41
IPOL.....	22	KISQALI.....	12	lidocaine.....	82
ipratropium bromide.....	62	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	12	lidocaine (pf).....	25
ipratropium-albuterol.....	63	KLAYESTA.....	82	lidocaine hcl.....	25, 82
irbesartan.....	34	KLOR-CON.....	79	LIDOCAINE VISCOUS.....	81
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	38	KLOR-CON 10.....	79	lidocaine-prilocaine.....	82
irinotecan.....	16	KLOR-CON 8.....	79	LIDOCAN III.....	82
ISENTRESS.....	26	KLOR-CON M10.....	79	LILETTA.....	44
ISENTRESS HD.....	26	KLOR-CON M15.....	79	linezolid.....	29
ISIBLOOM.....	43	KLOR-CON M20.....	79	linezolid in dextrose 5%.....	29
ISOLYTE S PH 7.4.....	78	KLOXXADO.....	78	linezolid-0.9% sodium chloride.....	29
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	78	KOSELUGO.....	12	LINZESS.....	55
isoniazid.....	27	KOURZEQ.....	81	liothyronine.....	41
isosorbide dinitrate.....	40	KRAZATI.....	12	lisinopril.....	40
isosorbide mononitrate.....	40	KURVELO (28).....	44	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	38
isotretinoin.....	81	l norgest/e.estradiol-e.estrad.....	44	lithium carbonate.....	75
isradipine.....	37	labetalol.....	36	lithium citrate.....	75
ITOVEBI.....	12	lacosamide.....	66, 77	LIVTENCITY.....	31
itraconazole.....	28	lactated ringers.....	78	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	44
ivabradine.....	39	lactulose.....	57	LOESTRIN 1/20 (21).....	44
ivermectin.....	29	lamivudine.....	26, 31	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY).....	44
IWILFIN.....	16	lamivudine-zidovudine.....	27	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY).....	45
IXIARO (PF).....	22	lamotrigine.....	67	LOJAIMIESS.....	45
JAIMIESS.....	43	lanreotide.....	51	LOKELMA.....	41
JAKAFI.....	12	lansoprazole.....	56	LONSURF.....	16
JANTOVEN.....	58	LANTUS SOLOSTAR U-100.....		loperamide.....	55
JANUMET.....	49	INSULIN.....	48	lopinavir-ritonavir.....	27
JANUMET XR.....	49	LANTUS U-100 INSULIN.....	48	lorazepam.....	69, 70
JANUVIA.....	49	lapatinib.....	12	LORAZEPAM INTENSOL.....	69
JARDIANCE.....	49	LARIN 1.5/30 (21).....	44	LORBRENA.....	13
JASMIEL (28).....	43	LARIN 1/20 (21).....	44	LORYNA (28).....	45
JAVYGTOR.....	51	LARIN 24 FE.....	44	losartan.....	34
JAYPIRCA.....	12	LARIN FE 1.5/30 (28).....	44	losartan-hydrochlorothiazide.....	38
JENTADUETO.....	49	LARIN FE 1/20 (28).....	44	LOTEMAX.....	61
JENTADUETO XR.....	49, 50	latanoprost.....	59	lovastatin.....	35
JINTELI.....	52	LAZCLUZE.....	12	LOW-OGESTREL (28).....	45
JOLESSA.....	44	leflunomide.....	19	loxapine succinate.....	73
JULEBER.....	44	lenalidomide.....	17	LUMAKRAS.....	13
JULUCA.....	27	LENVIMA.....	12, 13	LUMIGAN.....	60
JUNEL 1.5/30 (21).....	44	LESSINA.....	44	LUMIZYME.....	51
JUNEL 1/20 (21).....	44	letrozole.....	10	LUPRON DEPOT.....	10
JUNEL FE 1.5/30 (28).....	44	leucovorin calcium.....	16	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	10
JUNEL FE 1/20 (28).....	44	LEUKERAN.....	9	LUPRON DEPOT-PED.....	51
JUNEL FE 24.....	44	leuprolide.....	10	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	51
JYLAMVO.....	19	levalbuterol hcl.....	63	lurasidone.....	73
JYNNEOS (PF).....	22	levalbuterol tartrate.....	63	LUTERA (28).....	45
KADCYLA.....	12	levetiracetam.....	67, 77	LYBALVI.....	73
KAITLIB FE.....	44	levetiracetam in nacl (iso-os).....	77	LYLEQ.....	45
KALETRA.....	27	levobunolol.....	59	LYLLANA.....	52
KALYDECO.....	64	levocarnitine.....	51	LYNPARZA.....	13
KANJINTI.....	12	levocarnitine (with sugar).....	51	LYSODREN.....	10
KARIVA (28).....	44	levocetirizine.....	62	LYTGOBI.....	13
KELNOR 1/35 (28).....	44	levofloxacin.....	33	LYZA.....	45
KERENDIA.....	34	levofloxacin in d5w.....	33	magnesium sulfate.....	79
KESIMPTA PEN.....	69	LEVONEST (28).....	44	magnesium sulfate in d5w.....	78
ketoconazole.....	28, 82	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	44	magnesium sulfate in water.....	78
ketorolac.....	61	levonorg-eth estrad triphasic.....	44	malathion.....	84
KEYTRUDA.....	12	LEVORA-28.....	44	maraviroc.....	26
KINERET.....	18	LEVO-T.....	40	MARLISSA (28).....	45

MARPLAN.....	71	MODEYSO.....	16	NITRO-BID.....	40
MATULANE.....	16	moexipril.....	40	nitrofurantoin macrocrystal.....	29
MAVYRET.....	31	molindone.....	73	nitrofurantoin monohydr/m-cryst.....	29
meclizine.....	54	mometasone.....	84	nitroglycerin.....	40, 84
medroxyprogesterone.....	45, 53	MONJUVI.....	13	nizatidine.....	54
mefloquine.....	30	MONO-LINYAH.....	45	NORA-BE.....	45
megestrol.....	10, 53	montelukast.....	65	norelgestromin-ethin.estradiol.....	45
MEKINIST.....	13	morphine.....	24, 25	norethindrone (contraceptive).....	45
MEKTOVI.....	13	morphine concentrate.....	25	norethindrone acetate.....	53
MELEYA.....	45	MOUNJARO.....	50	norethindrone ac-eth estradiol... 45, 52	
meloxicam.....	24	MOVANTIK.....	55	norethindrone-e.estradiol-iron.....	45
memantine.....	70	moxifloxacin.....	33, 60	norgestimate-ethinyl estradiol.....	45
memantine-donepezil.....	70	moxifloxacin-sod.chloride(iso).....	33	NORLYROC.....	45
MENQUADFI (PF).....	22	MRESVIA (PF).....	22	NORTREL 0.5/35 (28).....	45
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	22	MULTAQ.....	35	NORTREL 1/35 (21).....	46
mercaptopurine.....	16	mupirocin.....	82	NORTREL 1/35 (28).....	46
meropenem.....	29	mycophenolate mofetil.....	20	NORTREL 7/7/7 (28).....	46
mesalamine.....	56	mycophenolate sodium.....	21	nortriptyline.....	71
mesalamine with cleansing wipe.....	56	MYRBETRIQ.....	57	NORVIR.....	26
mesna.....	16	nabumetone.....	24	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	48
metformin.....	50	nadolol.....	36	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.. 48	
methadone.....	24	nafcilin.....	33	NOVOLIN N FLEXPEN.....	48
METHADONE INTENSOL.....	24	NAGLAZYME.....	51	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 48	
methazolamide.....	39	naloxone.....	78	NOVOLIN R FLEXPEN.....	48
methenamine hippurate.....	29	naltrexone.....	78	NOVOLIN R REGULAR U100	
methimazole.....	41	NAMZARIC.....	70	INSULIN.....	48
methocarbamol.....	69	naproxen.....	24	NOVOLOG FLEXPEN U-100	
methotrexate sodium..... 16, 19		naproxen sodium.....	24	INSULIN.....	48
methotrexate sodium (pf).....	16	naratriptan.....	76	NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
methsuximide.....	67	NATACYN.....	60	INSULN.....	48
methylphenidate hcl.....	75	nateglinide.....	50	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN	
methylprednisolone.....	53	NAYZILAM.....	67	U-100.....	48
methylprednisolone acetate.....	53	nebivolol.....	36	NOVOLOG PENFILL U-100	
methylprednisolone sodium succ.....	53	NECON 0.5/35 (28).....	45	INSULIN.....	48
metoclopramide hcl.....	54	nefazodone.....	71	NOVOLOG U-100 INSULIN	
metolazone.....	39	neomycin.....	29	ASPART.....	48
metoprolol succinate.....	36	neomycin-bacitracin-poly-hc.....	60	NUBEQA.....	10
metoprolol ta-hydrochlorothiaz.....	37	neomycin-bacitracin-polymyxin.....	61	NUDEXTA.....	76
metoprolol tartrate.....	36	neomycin-polymyxin b-dexameth....	60	NULOJIX.....	21
metronidazole..... 29, 57, 84		neomycin-polymyxin-gramicidin.....	61	NUPLAZID.....	73
metronidazole in nacl (iso-os).....	29	neomycin-polymyxin-hc..... 60, 62		NURTEC ODT.....	76
metyrosine.....	39	NEO-POLYCIN.....	61	NUTRILIPID.....	80
MIBELAS 24 FE.....	45	NEO-POLYCIN HC.....	60	NUZYRA.....	34
micafungin.....	28	NERLYNX.....	13	NYAMYC.....	82
MICROGESTIN 1.5/30 (21).....	45	NEUAC.....	81	NYLIA 1/35 (28).....	46
MICROGESTIN 1/20 (21).....	45	nevirapine.....	26	NYLIA 7/7/7 (28).....	46
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28).....	45	NEXLETOL.....	36	nystatin..... 28, 81, 82	
MICROGESTIN FE 1/20 (28).....	45	NEXLIZET.....	36	NYSTOP.....	82
midodrine.....	39	NEXPLANON.....	45	OCELLA.....	46
MIEBO (PF).....	61	niacin.....	36	OCTAGAM.....	20
mifepristone.....	51	nicardipine.....	37	octreotide acetate.....	51
MILI.....	45	NICOTROL NS.....	78	ODEFSEY.....	27
MIMVEY.....	52	nifedipine.....	37	ODOMZO.....	13
minocycline.....	34	NIKKI (28).....	45	OFEV.....	64
minoxidil.....	39	nilotinib hcl.....	13	ofloxacin..... 61, 62	
mirtazapine.....	71	nilutamide.....	10	OGIVRI.....	13
misoprostol.....	55	nimodipine.....	37	OGSIVEO.....	13
M-M-R II (PF).....	22	NINLARO.....	13	OJEMDA.....	13
M-NATAL PLUS.....	79	nitazoxanide.....	29	OJJAARA.....	13
modafinil.....	77	nitisinone.....	51	olanzapine..... 73, 74	

<i>olmesartan</i>	34	PENTACEL (PF).....	22	PRENATAL VITAMIN PLUS LOW	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	38	<i>pentamidine</i>	29	IRON.....	80
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	38	<i>pentoxifylline</i>	59	PREVALITE.....	36
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	36	<i>perampanel</i>	67	PREVYMIS.....	31
<i>omeprazole</i>	56	<i>perindopril erbumine</i>	40	PREZCOBIX.....	27
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)....	48	PERIOGARD.....	81	PREZISTA.....	26
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		<i>permethrin</i>	84	PRIFTIN.....	27
KT(GEN5).....	49	<i>perphenazine</i>	74	<i>primaquine</i>	30
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN		PFIZERPEN-G.....	34	<i>primidone</i>	67
5).....	49	<i>phenelzine</i>	71	PRIORIX (PF).....	22
OMNIPOD 5		<i>phenobarbital</i>	67	PRIVIGEN.....	20
INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	49	<i>phenobarbital sodium</i>	77	<i>probenecid</i>	25
OMNIPOD DASH INTRO KIT		PHENYTEK.....	67	<i>probenecid-colchicine</i>	25
(GEN 4).....	49	<i>phenytoin</i>	67	<i>prochlorperazine</i>	55
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)...	49	<i>phenytoin sodium</i>	77	<i>prochlorperazine edisylate</i>	55
<i>ondansetron</i>	55	<i>phenytoin sodium extended</i>	67, 77	<i>prochlorperazine maleate</i>	55
<i>ondansetron hcl</i>	54, 55	PHESGO.....	13	PROCRIT.....	59
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	54	PHILITH.....	46	PROCTOCORT.....	84
ONTRUZANT.....	13	PIFELTRO.....	26	PROCTO-MED HC.....	84
ONUREG.....	16	<i>pilocarpine hcl</i>	60, 81	PROCTOSOL HC.....	84
OPIPZA.....	74	<i>pimecrolimus</i>	84	PROCTOZONE-HC.....	84
OPSUMIT.....	39	<i>pimozide</i>	74	<i>progesterone micronized</i>	53
ORGOVYX.....	10	PIMTREA (28).....	46	PROGRAF.....	21
ORKAMBI.....	64	<i>pindolol</i>	36	PROLASTIN-C.....	64
ORQUIDEA.....	46	<i>pioglitazone</i>	50	PROLIA.....	54
ORSERDU.....	10	<i>pioglitazone-metformin</i>	50	<i>promethazine</i>	55
<i>oseltamivir</i>	31	<i>piperacillin-tazobactam</i>	34	<i>propafenone</i>	35
<i>oxacillin</i>	34	PIQRAY.....	13, 14	<i>proparacaine</i>	61
<i>oxaliplatin</i>	9	<i>pirfenidone</i>	64	<i>propranolol</i>	36
<i>oxcarbazepine</i>	67	<i>piroxicam</i>	24	<i>propylthiouracil</i>	41
<i>oxybutynin chloride</i>	57	PLENAMINE.....	80	PROQUAD (PF).....	22
<i>oxycodone</i>	25	PLENVU.....	57	PROSOL 20 %.....	80
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	25	<i>podofilox</i>	84	<i>protriptyline</i>	71
OZEMPIC.....	50	POLYCIN.....	61	PULMOZYME.....	64
PACERONE.....	35	<i>polymyxin b sulfate</i>	29	<i>pyrazinamide</i>	27
<i>paclitaxel</i>	17	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	61	<i>pyridostigmine bromide</i>	76
<i>paclitaxel protein-bound</i>	17	POMALYST.....	17	<i>pyrimethamine</i>	29
<i>paliperidone</i>	74	PORTIA 28.....	46	PYZCHIVA.....	18
<i>pamidronate</i>	54	<i>posaconazole</i>	28	PYZCHIVA AUTOINJECTOR.....	18
PANRETIN.....	84	<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	79	QINLOCK.....	14
<i>pantoprazole</i>	56	<i>potassium chloride</i>	79, 80	QUADRACEL (PF).....	22
PANZYGA.....	20	<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	79	<i>quetiapine</i>	74
<i>paricalcitol</i>	41	<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	79	<i>quinapril</i>	40
<i>paroxetine hcl</i>	71	<i>potassium chloride in water</i>	79	<i>quinidine sulfate</i>	35
PAXLOVID.....	31	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	79	<i>quinine sulfate</i>	30
<i>pazopanib</i>	13	<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i>	79	QULIPTA.....	76
PEDIARIX (PF).....	22	<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	79	RABAVERT (PF).....	22
PEDVAX HIB (PF).....	22	<i>potassium citrate</i>	57	<i>rabeprazole</i>	56
<i>peg 3350-electrolytes</i>	57	<i>pramipexole</i>	69	RALDESY.....	71
PEGASYS.....	31	<i>prasugrel hcl</i>	59	<i>raloxifene</i>	51
<i>peg-electrolyte soln</i>	57	<i>pravastatin</i>	35	<i>ramelteon</i>	76
PEMAZYRE.....	13	<i>praziquantel</i>	29	<i>ramipril</i>	40
<i>pemetrexed disodium</i>	16	<i>prazosin</i>	34	<i>ranolazine</i>	39
<i>pen needle, diabetic</i>	49	<i>prednisolone</i>	53	<i>rasagiline</i>	69
PENBRAYA (PF).....	22	<i>prednisolone acetate</i>	61	RECLIPSEN (28).....	46
<i>penicillamine</i>	41	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	53, 61	RECOMBIVAX HB (PF).....	23
<i>penicillin g potassium</i>	34	<i>prednisone</i>	53	RELENZA DISKHALER.....	31
<i>penicillin g sodium</i>	34	PREDNISONE INTENSOL.....	53	RELISTOR.....	55
<i>penicillin v potassium</i>	34	<i>pregabalin</i>	67	REMICADE.....	18
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).22		PREMASOL 10 %.....	80	RENFLEXIS.....	18

<i>repaglinide</i>	50	SIGNIFOR.....	51	SYNAREL.....	52
REPATHA SURECLICK.....	36	SIKLOS.....	59	SYNTHROID.....	41
REPATHA SYRINGE.....	36	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	39	TABLOID.....	16
RESTASIS.....	61	<i>silver sulfadiazine</i>	82	TABRECTA.....	14
RESTASIS MULTIDOSE.....	61	SIMBRINZA.....	60	<i>tacrolimus</i>	21, 84
RETEVMO.....	14	SIMLIYA (28).....	46	<i>tadalafil</i>	58
REVCovi.....	51	SIMPESSE.....	46	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	39
REVUFORJ.....	14	<i>simvastatin</i>	35	TAFINLAR.....	14
REXULTI.....	74	<i>sirolimus</i>	21	TAGRISSE.....	14
REYATAZ.....	26	SIRTURO.....	27	TALZENNA.....	14
REZDIFFRA.....	51	SKYRIZI.....	18	<i>tamoxifen</i>	10
REZLIDHIA.....	14	<i>sodium chloride</i>	79, 81	<i>tamsulosin</i>	58
REZUROCK.....	21	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	79	TARINA 24 FE.....	46
RHOPRESSA.....	60	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	79	TARINA FE 1-20 EQ (28).....	46
<i>ribavirin</i>	31	<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	79	<i>tasimelteon</i>	76
<i>rifabutin</i>	27	<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	79	TAVNEOS.....	59
<i>rifampin</i>	27	<i>sodium oxybate</i>	77	<i>tazarotene</i>	83
<i>riluzole</i>	76	<i>sodium phenylbutyrate</i>	51	TAZICEF.....	32
<i>rimantadine</i>	31	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	41	TAZVERIK.....	14
RINVOQ.....	18	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	57	TECENTRIQ.....	14
RINVOQ LQ.....	18	<i>solifenacin</i>	57	TECENTRIQ HYBREZA.....	14
<i>risedronate</i>	54	SOLQUA 100/33.....	49	TEFLARO.....	32
<i>risperidone</i>	74	SOLTAMOX.....	10	<i>telmisartan</i>	34
<i>risperidone microspheres</i>	74	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....	53	<i>telmisartan-amlodipine</i>	38
<i>ritonavir</i>	26	SOMATULINE DEPOT.....	52	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	38
<i>rivaroxaban</i>	58	SOMAVERT.....	52	<i>temazepam</i>	76
<i>rivastigmine</i>	70	<i>sorafenib</i>	14	TENIVAC (PF).....	23
<i>rivastigmine tartrate</i>	70	<i>sotalol</i>	35	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	26
RIVELSA.....	46	SOTALOL AF.....	35	TEPMETKO.....	14
<i>rizatriptan</i>	76	SOTYKTU.....	18	<i>terazosin</i>	34
ROCKLATAN.....	60	SPIRIVA RESPIMAT.....	62	<i>terbinafine hcl</i>	28
<i>roflumilast</i>	64	<i>spironolactone</i>	34	<i>terbutaline</i>	63
ROMVIMZA.....	14	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	39	<i>terconazole</i>	57
<i>ropinirole</i>	69	SPRINTEC (28).....	46	<i>teriparatide</i>	54
<i>rosuvastatin</i>	35	SPRITAM.....	67, 77	<i>testosterone</i>	42
ROSYRAH.....	46	SPS (WITH SORBITOL).....	41	<i>testosterone cypionate</i>	41
ROTARIX.....	23	SRONYX.....	46	<i>testosterone enanthate</i>	41
ROTATEQ VACCINE.....	23	SSD.....	82	<i>tetrabenazine</i>	76
ROWEEPRA.....	67	STELARA.....	18, 19	<i>tetracycline</i>	34
ROZLYTREK.....	14	STIVARGA.....	14	THALOMID.....	17
RUBRACA.....	14	<i>streptomycin</i>	30	<i>theophylline</i>	64
<i>rufinamide</i>	67	STRIBILD.....	27	<i>thioridazine</i>	74
RUKOBIA.....	26	SUBVENITE.....	67	<i>thiothixene</i>	74
RYBELSUS.....	50	<i>sucralfate</i>	55	TIADYLT ER.....	37
RYDAPT.....	14	<i>sulfacetamide sodium</i>	61	<i>tiagabine</i>	67
<i>sacubitril-valsartan</i>	38	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	81	TIBSOVO.....	14
SAJAZIR.....	59	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	60	<i>ticagrelor</i>	59
SANTYL.....	81	<i>sulfadiazine</i>	30	TICOVAC.....	23
<i>sapropterin</i>	51	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	30	<i>tigecycline</i>	34
SCSEMBLIX.....	14	SULFAMYLON.....	82	TILIA FE.....	46
<i>scopolamine base</i>	55	<i>sulfasalazine</i>	56	<i>timolol maleate</i>	36, 60
SECUADO.....	74	<i>sulindac</i>	24	<i>tinidazole</i>	30
<i>selegiline hcl</i>	69	<i>sumatriptan</i>	76	TIVICAY.....	26
<i>selenium sulfide</i>	82	<i>sumatriptan succinate</i>	76, 77	TIVICAY PD.....	26
SELZENTRY.....	26	<i>sunitinib malate</i>	14	<i>tizanidine</i>	69
SEREVENT DISKUS.....	63	SUNLENCA.....	26	TOBI PODHALER.....	30
<i>sertraline</i>	71	SYEDA.....	46	TOBRADEX.....	60
SETLAKIN.....	46	SYMDEKO.....	64	<i>tobramycin</i>	61
SHAROBEL.....	46	SYMPAZAN.....	67	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	30
SHINGRIX (PF).....	23	SYMTUZA.....	27	<i>tobramycin sulfate</i>	30

<i>tobramycin-dexamethasone</i>	60	TRUXIMA.....	15	VIZIMPRO.....	15
<i>tolterodine</i>	57	TUKYSA.....	15	VONJO.....	15
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	52	TURALIO.....	15	VOQUEZNA DUAL PAK.....	55
<i>topiramate</i>	68	TURQOZ (28).....	47	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	55
<i>toremifene</i>	10	TWINRIX (PF).....	23	VORANIGO.....	15
TORPENZ.....	14	TYBOST.....	26	<i>voriconazole</i>	28
<i>torsemide</i>	39	TYENNE.....	19	VOSEVI.....	31
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR..	49	TYENNE AUTOINJECTOR.....	19	VOWST.....	56
TOUJEO SOLOSTAR U-300.....		TYPHIM VI.....	23	VRAYLAR.....	74
INSULIN.....	49	UBRELVY.....	77	VYFEMLA (28).....	47
TPN ELECTROLYTES.....	79	UNITHROID.....	41	VYLIBRA.....	47
TRADJENTA.....	50	UPTRAVI.....	40	VYZULTA.....	60
<i>tramadol</i>	25	<i>ursodiol</i>	55	<i>warfarin</i>	58
<i>tramadol-acetaminophen</i>	25	<i>ustekinumab</i>	19	<i>water for irrigation, sterile</i>	82
<i>trandolapril</i>	40	<i>valacyclovir</i>	31	WELIREG.....	16
<i>tranexamic acid</i>	59	VALCHLOR.....	84	WERA (28).....	47
<i>tranylcypromine</i>	71	<i>valganciclovir</i>	31	WESTAB PLUS.....	80
TRAVASOL 10 %.....	80	<i>valproate sodium</i>	77	WINREVAIR.....	40
TRAZIMERA.....	14	<i>valproic acid</i>	68	WIXELA INHUB.....	63
<i>trazodone</i>	71	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	68	WYMZYA FE.....	47
TRELEGY ELLIPTA.....	63	<i>valsartan</i>	35	WYOST.....	54
TREMFYA.....	19	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	38	XALKORI.....	15
TREMFYA PEN.....	19	VALTOCO.....	68	XARAH FE.....	47
TREMFYA PEN INDUCTION PK- CROHN.....	19	VALTYA.....	47	XARELTO.....	58
<i>treprostinil sodium</i>	40	<i>vancomycin</i>	30	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	58
<i>tretinoin</i>	81	<i>vancomycin in 0.9 % sodium chl</i>	30	XATMEP.....	19
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	16	VANFLYTA.....	15	XCOPRI.....	68
<i>triamcinolone acetonide</i>	81, 84	VAQTA (PF).....	23	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	68
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	39	<i>varenicline tartrate</i>	78	XCOPRI TITRATION PACK.....	68
TRIDACAINE II.....	82	VARIVAX (PF).....	23	XDEMZY.....	61
TRIDERM.....	84	VASCEPA.....	36	XELJANZ.....	19
<i>trientine</i>	41	VAXCHORA VACCINE.....	23	XELJANZ XR.....	19
TRI-ESTARYLLA.....	46	VELIVET TRIPHASIC REGIMEN (28).....	47	XELRIA FE.....	47
<i>trifluoperazine</i>	74	VELSIPITY.....	19	XERMELO.....	56
<i>trifluridine</i>	61	VENCLEXTA.....	15	XHANCE.....	65
<i>trihexyphenidyl</i>	69	VENCLEXTA STARTING PACK.....	15	XIFAXAN.....	56
TRIJARDY XR.....	50	<i>venlafaxine</i>	71	XIGDUO XR.....	50
TRIKAFTA.....	64	VENTOLIN HFA.....	63	XIIDRA.....	61
TRI-LEGEST FE.....	46	<i>verapamil</i>	37	XOFLUZA.....	31
TRI-LINYAH.....	46	VERQUVO.....	39	XOLAIR.....	64, 65
TRI-LO-ESTARYLLA.....	46	VERSACLOZ.....	74	XOSPATA.....	15
TRI-LO-MARZIA.....	46	VERZENIO.....	15	XPOVIO.....	15
TRI-LO-MILI.....	47	VESTURA (28).....	47	XTANDI.....	10
TRI-LO-SPRINTEC.....	47	VIENVA.....	47	XULANE.....	47
<i>trimethoprim</i>	30	<i>vigabatrin</i>	68	XULTOPHY 100/3.6.....	49
TRI-MILI.....	47	VIGADRONE.....	68	YESINTEK.....	19
<i>trimipramine</i>	71	VIGAFYDE.....	68	YF-VAX (PF).....	23
TRINTELLIX.....	71	VIGPODER.....	68	YONSA.....	10
TRI-SPRINTEC (28).....	47	<i>vilazodone</i>	72	YUTREPIA.....	40
TRIUMEQ.....	27	VIMKUNYA.....	23	YUVAFEM.....	52
TRIUMEQ PD.....	27	<i>vincristine</i>	17	ZAFEMY.....	47
TRI-VYLIBRA.....	47	<i>vinorelbine</i>	17	<i>zafirlukast</i>	65
TRI-VYLIBRA LO.....	47	VIORELE (28).....	47	<i>zaleplon</i>	76
TROGARZO.....	26	VIRACEPT.....	26	ZARXIO.....	59
TROPHAMINE 10 %.....	81	VIREAD.....	26	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR.....	41
<i>trospium</i>	57	VITRAKVI.....	15	ZEGALOGUE SYRINGE.....	41
TRULICITY.....	50	VIVIMUSTA.....	9	ZEJULA.....	15
TRUMENBA.....	23	VIVITROL.....	78	ZELBORAF.....	15
TRUQAP.....	14, 15	VIVOTIF.....	23	ZEMAIRA.....	65

ZENATANE	81
ZENPEP	56
ZERVIAE	59
<i>zidovudine</i>	26, 27
<i>ziprasidone hcl</i>	74
<i>ziprasidone mesylate</i>	74
ZIRABEV	15
ZIRGAN	61
<i>zoledronic acid</i>	54
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	54
ZOLINZA	15
<i>zolpidem</i>	76
ZONISADE	68
<i>zonisamide</i>	68
ZOVIA 1-35 (28)	47
ZTALMY	68
ZUMANDIMINE (28)	47
ZURZUVAE	72
ZYDELIG	15
ZYKADIA	15
ZYLET	60
ZYPREXA RELPREVV	74, 75

Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP)
Formulario 2026
(Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN ESTE PLAN**

ID del formulario aprobada: 00026453

Este formulario se actualizó el **10/06/2025**. Si desea información más reciente o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT al 1-844-812-6896 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales) o visitar www.nhpri.org/DualCONNECT.



Notice of Non-Discrimination

Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) does not discriminate or treat people differently because of race, color, national origin (including people who do not speak English as their primary language), age, disability, religion, or sex (such as sexual orientation, sexual stereotypes, gender identity, pregnancy or related conditions).

We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

- » aids and services for people with disabilities
- » qualified interpreters, translation services, and sign language interpreters
- » written information in large print, braille, electronic and audio format

If you need any of these services, call the Member Services phone number on the back of your Neighborhood ID card. If you are not a Neighborhood member, please call us at 1-800-963-1001 (TTY 711).

Discrimination Complaints

If you feel like Neighborhood has failed to provide these services or has 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 grievance in person, by phone, mail, fax or email. Need help? Call your Neighborhood Civil Rights Coordinator at the phone number below.

PHONE: 1-401-427-7646 (TTY 711)

**MAIL OR
IN PERSON:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Civil Rights Coordinator
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

FAX: 1-401-709-7005

EMAIL: OCRCoordinator@nhpri.org

ONLINE: <https://www.nhpri.org/non-discrimination-language-assistance>

You can also file a complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services:**

PHONE: Call 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

BY MAIL: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ONLINE: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

For more information or to view this notice online, please visit the Neighborhood website at www.nhpri.org.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

注意：若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistenzen nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

注意：日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料でご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភតិកត្តាមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយភតិកត្តាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENCIÓN: Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.