



**Vigente a partir del 1.º enero de 2025**

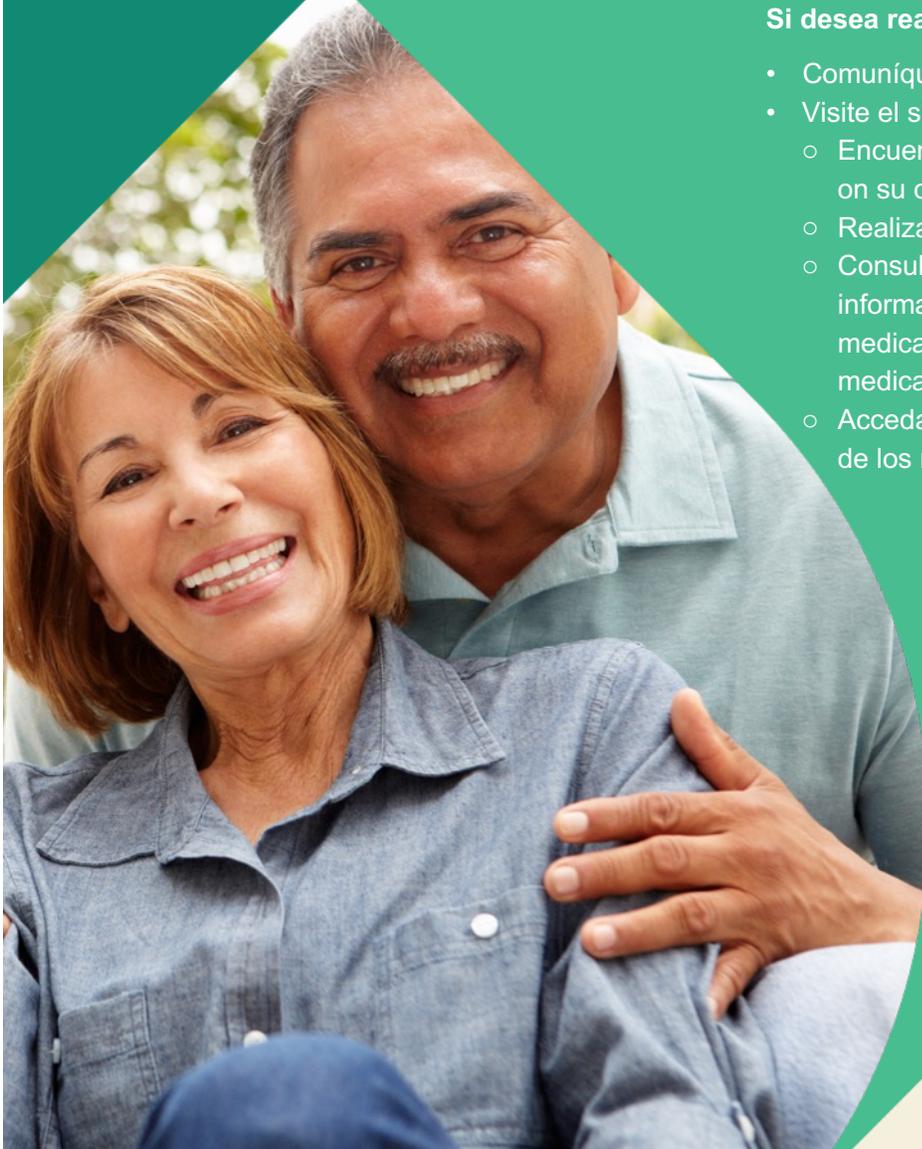
## Lista de medicamentos recetados

### Medicamentos seleccionados

**Lea atentamente:** Este documento contiene información sobre los medicamentos cubiertos por su plan de beneficios de farmacia.

#### Si desea realizar alguna pregunta:

- Comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203**.
- Visite el sitio web **ServeYouRx.com**
  - Encuentre una farmacia minorista participante en su código postal.
  - Realizar comparaciones de costos de medicamentos
  - Consulte la base de datos de medicamentos para obtener información sobre medicamentos genéricos, medicamentos de marca, equivalentes genéricos y medicamentos de otro tipo.
  - Acceda a información sobre la calidad y la seguridad de los medicamentos alternativos a los recetados.



## Lista de medicamentos seleccionados (PDL)

La lista de medicamentos recetados, también denominada formulario, es un listado de los medicamentos recetados más frecuentemente, organizados por categoría terapéutica. La PDL identifica los medicamentos disponibles para determinadas afecciones y los organiza según su costo, clasificándolos en niveles. Su objeto es servir como guía para ayudarlo a usted y a su médico a elegir el mejor tratamiento. Los medicamentos están clasificados por categoría a modo de referencia únicamente y no con fines de comparación clínica. La PDL no pretende sustituir el conocimiento y el criterio clínicos del profesional de la salud en su elección de un tratamiento farmacológico.

En todos los casos, se espera que el profesional que extiende la receta seleccione el tratamiento farmacológico adecuado para el paciente en particular y proporcione atención médica de primera calidad.

### Tenga Presente

- Cuando existan diferencias entre esta PDL y los documentos de su plan de beneficios, estos últimos tendrán prevalencia.
- Este documento no pretende ser una lista de medicamentos exhaustiva y es posible que no todos los medicamentos incluidos estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos del plan de beneficios proporcionados por su empleador o el patrocinador del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos por el plan.
- También puede iniciar sesión en el sitio web [ServeYouRx.com](https://www.ServeYouRx.com) o comunicarse con servicio al cliente **800-759-3203** para obtener más información.

## Serve You Rx se compromete a ayudarlo a comprender mejor sus opciones de medicamentos.

El beneficio de farmacia le ofrece flexibilidad y posibilidad de elección al determinar el medicamento adecuado para usted. Para ayudarlo a sacar el máximo provecho de su beneficio de farmacia, hemos seleccionado algunas de las preguntas más frecuentes sobre la PDL.

### ¿CÓMO UTILIZO LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Lleve esta PDL con usted cuando vea a su médico. Usted y su médico deben consultarlo al elegir un medicamento. Está organizado por condiciones médicas comunes. Los medicamentos se enumeran alfabéticamente y se identifican como genéricos o de marca, y si se aplican reglas especiales. Si su medicamento no figura en este documento, visite [ServeYouRx.com](https://www.ServeYouRx.com) o llame al servicio al cliente al **800-759-3203**.

## ¿QUÉ SON LOS NIVELES?

Los medicamentos se clasifican en niveles según el costo que usted paga por ellos. A cada nivel se le asigna un costo, determinado por su empleador o el patrocinador del plan. Los medicamentos del nivel 1 son las opciones de menor costo. Si su medicamento está incluido en los niveles 2 o 3, busque si se encuentra disponible una opción de nivel 1. Analice estas opciones con su médico. Verifique sus documentos del plan de beneficios para averiguar los costos de farmacia específico plan.

\$	NIVEL DE MEDICAMENTOS	INCLUYE	CONSEJOS ÚTILES
	<b>Nivel 1: menor costo</b>	Medicamentos genéricos de menor costo usados habitualmente.	Utilizar los medicamentos del nivel 1 le permitirá pagar los gastos de bolsillo más bajos.
	<b>Nivel 2: costo intermedio</b>	Muchos medicamentos de marca de uso frecuente, denominados medicamentos de marca preferidos.	Utilizar los medicamentos del nivel 2, en lugar de los del nivel 3, contribuirá a reducir los gastos de bolsillo.
	<b>Nivel 3: mayor costo</b>	Principalmente, medicamentos de marca de mayor costo, también denominados medicamentos de marca no preferidos.	Muchos medicamentos del nivel 3 tienen opciones de menor costo en los niveles 1 o 2. Pregúntele a su médico si esas opciones son adecuadas para usted.

### Tenga Presente

**Los planes pueden tener diferentes niveles (por ejemplo, 4 niveles o ninguno).** Si su plan tiene un nivel 4, en él se incluyen los medicamentos de especialidad. Si tiene un plan con deducibles altos, es posible que los niveles de costo se apliquen una vez que cubra el deducible. Si desea obtener más información sobre su plan de beneficios, consulte los documentos de inscripción y del plan o comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203**.

## ¿CUÁNDO SE MODIFICA LA LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

- Los medicamentos pueden pasar a un nivel inferior en cualquier momento.
- También podrán pasar a un nivel superior cuando esté disponible su equivalente genérico.
- Los medicamentos pueden pasar a un nivel superior o ser excluidos de la cobertura a partir del 1.º de enero o del 1.º de julio de cada año.

Cuando se modifique el nivel en el que se encuentra un medicamento, es posible que deba pagar una suma diferente por él.

## PROGRAMAS Y LÍMITES

Algunos medicamentos figuran acompañados de letras o símbolos. Las letras y los símbolos hacen referencia a los programas de beneficios de farmacia y se proporcionan para ayudarlo a identificar los medicamentos que pueden estar incluidos en un programa o tener un límite. Su plan de beneficios determina la cobertura que se le brindará para esos medicamentos.

<b>PA</b>	<b>Autorización previa</b> – su médico debe proporcionar información adicional para determinar la cobertura.
<b>ST</b>	<b>Tratamiento escalonado</b> – se requiere probar con medicamentos de menor costo antes que recibir cobertura para un medicamento de mayor costo.
<b>QL</b>	<b>Límites de cantidad</b> – suministro del medicamento cubierto por copago o en un período determinado. Para los medicamentos seleccionados, esto puede incluir pasar de una dosis de dos veces por día a una única dosis diaria.
<b>SP</b>	<b>Medicamentos de especialidad</b> – el medicamento está designado como un medicamento de farmacia especializada.
<b>E</b>	<b>Excluidos</b> – pueden estar excluidos de la cobertura o sujetos a autorización previa. Se encuentran disponibles opciones de menor costo incluidas en la cobertura. Las alternativas de marca autorizadas (ABA) están excluidas.

Para obtener más información sobre un programa de farmacia clínica de Serve You Rx o para averiguar si se aplica en su caso, visite el sitio web [ServeYouRx.com](http://ServeYouRx.com) o comuníquese con servicio al cliente al 800-759-3203.

## ¿QUÉ DIFERENCIA EXISTE ENTRE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y LOS MEDICAMENTOS DE MARCA?

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos (que determinan el efecto del medicamento) que los medicamentos de marca, pero a menudo tienen un costo menor. Cuando se extingue la patente de un medicamento de marca, la FDA (Administración de Medicamentos y Alimentos) puede aprobar una versión genérica con los mismos ingredientes activos. Estos tipos de medicamentos se denominan medicamentos genéricos. En ocasiones, la misma empresa que fabrica un medicamento de marca también ofrece la versión genérica.

## ¿CÓMO IDENTIFICO SI EL MEDICAMENTO ES GENÉRICO O DE MARCA?

En la lista de medicamentos, los medicamentos de marca aparecen resaltados en **negrita** (por ejemplo, el **Crestor**), mientras que los medicamentos genéricos se incluyen sin ningún resalte tipográfico (por ejemplo, la rosuvastatin).

## ¿QUÉ SUCEDE SI EL MÉDICO ME RECETA UN MEDICAMENTO DE MARCA?

La próxima vez que el médico le recete un medicamento de marca, pregúntele si está disponible un equivalente genérico o una opción de menor costo y si ese medicamento sería adecuado para usted. Generalmente, los medicamentos genéricos son la opción de menor costo, aunque esto no siempre es así. Visite la herramienta de comparación de costos de medicamentos en el Portal para miembros en [ServeYouRx.com](https://www.ServeYouRx.com) para estar seguro.

## ¿TOMA UN MEDICAMENTO DE ESPECIALIDAD?

Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar afecciones poco comunes o complejas y, por lo general, son medicamentos de mayor costo. Los medicamentos de especialidad tienen las siguientes características:

- Se utilizan para tratar afecciones médicas complejas y a menudo costosas, tales como el cáncer, la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la hipertensión pulmonar.
- Por lo general, se trata de medicamentos inyectables o que se administran por vía intravenosa (IV), pero también pueden tomarse por vía oral.
- Requieren un control estricto de la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Pueden requerir una dosificación personalizada, dispositivos médicos para su administración o una manipulación o un envío especiales.
- Exigen una capacitación adicional para garantizar el uso seguro y eficiente en función del costo.

### Tenga Presente

**Tenga en cuenta que no todos los medicamentos de especialidad están incluidos en la PDL.**

La farmacia especializada Bolero Specialty Pharmacy provee la mayoría de los medicamentos de especialidad y se compromete a ayudar a los pacientes a sobrellevar la complejidad de un tratamiento farmacológico con medicamentos de especialidad ofreciéndoles programas y servicios útiles y una atención mejorada.

## ¿DEBO CONSULTAR AL MÉDICO SOBRE LOS MEDICAMENTOS OTC?

Los medicamentos de venta libre (OTC), que no requieren receta, pueden ser la opción de tratamiento correcta para algunas afecciones. Consulte a su médico para conocer las opciones de venta libre disponibles. Si bien es posible que estos medicamentos no estén cubiertos por su beneficio de farmacia, pueden tener un costo menor que el gasto de bolsillo de los medicamentos recetados.

## ¿CÓMO PUEDO OBTENER INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE EL BENEFICIO DE FARMACIA?

Dado que la PDL puede cambiar durante el año del plan, lo alentamos a que visite el sitio web [ServeYouRx.com](https://www.ServeYouRx.com) o se comunique con servicio al cliente al **800-759-3203** para obtener información más actualizada. También puede utilizar nuestro portal de miembros para:

- Realizar comparaciones de costos de medicamentos
- Consultar su historial de medicamentos.
- Encontrar farmacias dentro del plan, fuera del plan y 24 horas próximas a su lugar de residencia.
- Consultar la base de datos de medicamentos para obtener información sobre medicamentos genéricos, medicamentos de marca, equivalentes genéricos y medicamentos de otro tipo.
- Acceder a información sobre la calidad y la seguridad de los medicamentos alternativos a los recetados.
- Consultar contenido específico del plan.

Si usted necesita más información...

Llame a servicio al cliente al **800-759-3203**

Visite el portal para miembros en **ServeYouRx.com** para...

- Comparar precios de medicamentos
- Encuentre su costo de prescripción más bajo
- Localice su farmacia y obtenga indicaciones para llegar
- Lleve un registro de su historial de salud
- Obtenga más información sobre sus medicamentos

## Tabla de Contenido

Acné / Rosácea .....	8	Endocrino: Otro.....	25
Adicción / Abuso de Sustancias .....	8	Endocrino: Reemplazo de la Hormona Tiroidea.....	26
Antiinfecciosos: Antibióticos .....	8	Condiciones de los Ojos: Antibióticos.....	26
Antiinfecciosos: Antifúngicos .....	9	Condiciones de los Ojos: Glaucoma.....	26
Antiinfecciosos: Antivirales .....	9	Condiciones de los Ojos: Otro .....	27
Trastornos de la Sangre .....	9	Gastrointestinal: Supresión de Ácido.....	27
Cáncer .....	10	Gastrointestinal: Enfermedad Inflamatoria Intestinal ....	28
Enfermedades Cardiovasculares / del Corazón: Anticoagulantes .....	12	Gastrointestinales: Náuseas / Vómitos.....	28
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Presión Arterial Alta .....	12	Gastrointestinal: Otro .....	28
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Colesterol Alto .....	13	Gota .....	29
Enfermedad Cardiovascular / Cardíaca: Otra.....	14	VIH / SIDA .....	29
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH).....	14	Esterilidad .....	29
Sistema Nervioso Central: Alzheimer / Demencia.....	15	Condiciones Inflamatorias .....	30
Sistema Nervioso Central: Antipsicóticos .....	15	Salud Masculina: Disfunción Eréctil.....	30
Sistema Nervioso Central: Trastorno Por Déficit de Atención.....	15	Salud Masculina: Próstata .....	31
Sistema Nervioso Central: Depresión.....	16	Salud Masculina: Terapia de Testosterona .....	31
Sistema Nervioso Central: Migraña .....	17	Misceláneos.....	31
Sistema Nervioso Central: Esclerosis Múltiple .....	17	Musculoesquelético: Osteoartritis.....	33
Sistema Nervioso Central: Otro .....	18	Musculoesquelético: Osteoporosis .....	33
Sistema Nervioso Central: Enfermedad de Parkinson .	18	Musculoesquelético: Otro .....	33
Sistema Nervioso Central: Sedantes / Hipnóticos .....	18	Musculoesquelético: Alivio del Dolor .....	34
Sistema Nervioso Central: Trastornos Convulsivos .....	19	Vejiga Hiperactiva .....	35
Dermatología .....	20	Respiratorio: Asma / EPOC .....	35
Diabetes / Sangre Endocrina: Control de Glucosa .....	21	Respiratorio: Alergias Nasales .....	36
Diabetes / Endocrino: Insulina .....	22	Respiratorio: Alergias Orales .....	36
Diabetes / Endocrino: Sin Insulina.....	24	Transplante.....	37
Endocrino: Hormona de Crecimiento.....	25	Vitaminas / Electrolitos .....	37
		Manejo de la Pérdida de Peso.....	37
		Salud de la Mujer: Control de la Natalidad .....	37
		Salud de la Mujer: Reemplazo Hormonal .....	40
		Salud de la Mujer: Antiinfecciosos Vaginales .....	40

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Acné / Rosácea</b>		
<b>Absorica</b>	E	
<b>Absorica LD</b>	3	PA
Accutane	1	
Amnesteem	1	
Claravis	1	
Isotretinoin	1	
<b>Minolira</b>	E	
<b>Oracea</b>	E	
<b>Seysara</b>	3	ST
Zenatane	1	
<b>Adicción / Abuso de Sustancias</b>		
<b>Brixadi</b>	3	SP
Buprenorphine SL	1	QL
Buprenorphine/Naloxone	1	QL
<b>Kloxxado</b>	2	
Naloxone Nasal Spray	1	
Naltrexone Tab	1	
<b>Opvee</b>	2	
<b>Suboxone</b>	E	
<b>Sublocade</b>	3	SP
Varenicline	1	
<b>Vivitrol</b>	3	SP
<b>Zimhi</b>	3	
<b>Zubsolv</b>	2	QL
<b>Antiinfecciosos: Antibióticos</b>		
Amoxicillin	1	
Amoxicillin/Clavulanate	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Avidoxy</b>	3	ST
Azithromycin	1	
<b>Bethkis</b>	E	SP
<b>Cayston</b>	E	SP
Cefadroxil	1	
Cefdinir	1	
Cefpodoxime	1	
Cefuroxime	1	
Cephalexin	1	
Ciprofloxacin/Dexamethasone Otic	1	
Ciprofloxacin Tab	1	
Clarithromycin Tab	1	
<b>Cleocin Vaginal Cream, Suppository</b>	E	
Clindamycin Cap	1	
<b>Dificid</b>	3	
<b>Doryx MPC</b>	E	
Doxycycline Hyclate	1	
<b>Doxycycline Hyclate DR Tab 80mg</b>	E	
Doxycycline Monohydrate	1	
<b>Kitabis</b>	E	SP
Levofloxacin Tab	1	
<b>Likmez</b>	E	
Metronidazole Tab	1	
Minocycline Cap	1	
<b>Mondoxyn NL</b>	3	ST
Neomycin/Polymyxin/HC Otic	1	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Nitrofurantoin Macrocrystals	1	
Nitrofurantoin Monohydrate Macrocrystals	1	
<b>Nitrofurantoin Suspension 50mg/mL</b>	E	
<b>Nuessa</b>	E	
<b>Nuzyra</b>	3	PA
Ofloxacin Otic	1	
Penicillin VK	1	
Sulfamethoxazole/Trimethoprim	1	
Sulfatrim Pediatric	1	
<b>Targadox</b>	E	
<b>TOBI Nebulizer</b>	E	SP
<b>TOBI Podhaler</b>	3	QL, SP
<b>Tobramycin Nebulization Solution 300mg/5mL (Kitabis ABA)</b>	E	SP
<b>Antiinfecciosos: Antifúngicos</b>		
<b>Brexafemme</b>	E	
Ciclodan	1	
Clotrimazole Cream	1	
<b>Cresemba</b>	3	
Fluconazole	1	
<b>Jublia</b>	E	
Nyamyc	1	
Nystatin Mouth/Throat	1	
Nystop	1	
Terbinafine Tab	1	QL
<b>Tolsura</b>	E	
<b>Vivjoa</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Antiinfecciosos: Antivirales</b>		
Acyclovir Tab	1	
<b>Baraclude Tab</b>	E	
<b>Epclusa</b>	2	PA, QL, SP
<b>Harvoni</b>	2	PA, QL, SP
<b>Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni ABA)</b>	E	SP
<b>Mavyret</b>	2	PA, QL, SP
Oseltamivir Phosphate Cap	1	
<b>Paxlovid</b>	2	QL
<b>Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa ABA)</b>	E	SP
<b>Tamiflu</b>	E	
Valacyclovir	1	QL
<b>Valtrex</b>	E	
<b>Vemlidy</b>	E	
<b>Vosevi</b>	2	PA, QL, SP
<b>Xofluza</b>	3	QL
<b>Trastornos de la Sangre</b>		
<b>Advate</b>	2	SP
<b>Adynovate</b>	3	SP
<b>Afstyla</b>	3	SP
<b>Alprolix</b>	3	SP
<b>Altuviiiio</b>	3	SP
<b>Aranesp</b>	2	PA, SP
<b>Doptelet</b>	3	PA, SP
<b>Eloctate</b>	3	SP
<b>Empaveli</b>	3	PA, SP
<b>Epogen</b>	E	SP

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento geréerio]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Esperoct	3	SP
Fabhalta	3	PA, QL, SP
Fulphila	E	SP
Fylnetra	E	SP
Granix	E	SP
Idelvion	3	SP
Javygtor	E	SP
Jesduvroq	E	SP
Jivi	3	SP
Koate	2	SP
Kogenate FS	2	SP
Kovaltry	2	SP
Neulasta	3	PA, SP
Neulasta Onpro	3	PA, SP
Neupogen	E	SP
Nivestym	2	PA, SP
Novoeight	2	SP
Nuwiq	2	SP
Nyvepria	E	SP
Palynziq	E	SP
Procrit	2	PA, SP
Promacta	3	PA, SP
Rebinyn	3	SP
Recombinate	2	SP
Releuko	E	SP
Retacrit	2	PA, SP
Rolvedon	E	SP
Sevenfact	E	SP
Soliris	3	PA, SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Stimufend	E	SP
Tavalisse	3	PA, SP
Tranexamic Acid Tab	1	
Udenyca	3	PA, SP
Udenyca On-Body	3	PA, QL, SP
Ultomiris	3	PA, SP
Wilate	2	SP
Xyntha	2	SP
Xyntha Solofuse	2	SP
Zarxio	2	PA, SP
Ziextenzo	E	SP
<b>Cáncer</b>		
Abiraterone	1	PA, SP
Afinitor	E	SP
Afinitor Disperz	E	SP
Akeega	E	SP
Alecensa	2	PA, SP
Alunbrig	2	PA, QL, SP
Almysys	E	SP
Anastrozole Tab	1	
Arimidex	E	
Augtyro	3	PA, QL, SP
Belrapzo	E	SP
Bendamustine (Apotex, Baxter fabricante)	E	SP
Cabometyx	2	PA, SP
Calquence	3	PA, SP
Capecitabine	1	SP
Cosela	E	SP

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

E Excluida PA Previa autorización ST Terapia escalonada QL Límites de cantidad SP Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Cotellic	3	PA, SP
Darzalex Faspro	E	SP
Erivedge	3	PA, SP
Erleada	3	PA, SP
Fotivda	E	SP
Gavreto	3	PA, SP
Gleevec	E	SP
Herzuma	E	SP
Ibrance	3	PA, SP
Iclusig	3	PA, QL, SP
Idhifa	3	PA, QL, SP
Imatinib Mesylate	1	PA, SP
<b>Imbruvica Cap, Suspension, Tab 420mg</b>	3	PA, SP
Imbruvica Tab 140mg, 280mg	E	SP
Inqovi	E	SP
Kanjinti	2	PA, SP
Kisqali	3	PA, SP
Koselugo	3	PA, SP
Letrozole	1	
Lumakras	3	PA, SP
Lynparza	2	PA, SP
Mekinist	3	PA, SP
Mvasi	2	PA, SP
Nubeqa	3	PA, SP
Odomzo	3	PA, SP
Ogivri	E	SP
Ojjaara	E	SP
Ontruzant	E	SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Orgovyx</b>	3	PA, SP
<b>Panretin</b>	3	
<b>Pemazyre</b>	E	SP
<b>Phesgo</b>	2	PA, SP
<b>Piqray</b>	3	PA, SP
<b>Pomalyst</b>	3	PA, SP
<b>Retevmo</b>	3	PA, QL, SP
<b>Revlimid</b>	2	PA, SP
<b>Rezlidhia</b>	E	SP
<b>Riabni</b>	E	SP
<b>Rozlytrek</b>	3	PA, SP
<b>Rubraca</b>	E	SP
<b>Ruxience</b>	2	PA, SP
<b>Rydapt</b>	3	PA, SP
<b>Scemblix</b>	3	PA, QL, SP
<b>Rylaze</b>	E	SP
<b>Sprycel</b>	3	PA, SP
<b>Stivarga</b>	2	PA, SP
<b>Sutent</b>	E	SP
<b>Tabrecta</b>	3	PA, SP
<b>Tafinlar</b>	3	PA, SP
<b>Tagrisso</b>	3	PA, SP
<b>Talzenna</b>	E	SP
Tamoxifen Tab	1	
<b>Targretin Cap</b>	E	SP
<b>Tasigna</b>	3	PA, SP
<b>Tazverik</b>	E	SP
Temozolomide	1	PA, SP
<b>Tepmetko</b>	E	SP

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Trazimera	2	PA, SP
Treanda	E	SP
Truqap	3	PA, QL, SP
Truxima	E	SP
Vegzelma	E	SP
Verzenio	3	PA, SP
Vitrakvi	3	PA, SP
Vivimusta	E	SP
Xalkori	E	SP
Xtandi	3	PA, SP
Yonsa	E	SP
Zejula	2	PA, SP
Zelboraf	3	PA, SP
Zirabev	2	PA, SP
Zytiga	E	SP
<b>Enfermedades Cardiovasculares / del Corazón: Anticoagulantes</b>		
<b>Brilinta</b>	2	
Clopidogrel	1	
<b>Eliquis</b>	2	QL
Enoxaparin	1	
Jantoven	1	
<b>Plavix</b>	E	
Prasugrel	1	
Warfarin	1	
<b>Xarelto</b>	2	QL
<b>Yosprala</b>	E	
<b>Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Presión Arterial Alta</b>		
<b>Altace</b>	E	
Amlodipine	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Amlodipine/Benazepril	1	
Amlodipine/Olmesartan	1	
Amlodipine/Valsartan	1	
<b>Atacand</b>	E	
Atenolol	1	
Atenolol/Chlorthalidone	1	
<b>Avapro</b>	E	
<b>Azor</b>	E	
Benazepril	1	
<b>Benicar</b>	E	
<b>Benicar HCT</b>	E	
Bisoprolol	1	
Bisoprolol/HCTZ	1	
Bumetanide	1	
<b>Bystolic</b>	E	
Candesartan	1	
<b>Cardizem LA</b>	E	
Cartia XT	1	
Carvedilol	1	
<b>Catapres-TTS</b>	E	
Chlorthalidone	1	
Clonidine Tab	1	
<b>Conjupri</b>	E	
<b>Coreg</b>	E	
<b>Coreg CR</b>	E	
<b>Cozaar</b>	E	
Diltiazem ER	1	
<b>Diovan</b>	E	
<b>Diovan HCT</b>	E	
Doxazosin	1	
<b>Edarbi</b>	3	ST
<b>Edarbyclor</b>	3	ST

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento genérico]

E Excluida PA Previa autorización ST Terapia escalonada QL Límites de cantidad SP Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Enalapril	1	
<b>Exforge</b>	E	
<b>Exforge HCT</b>	E	
<b>Furoscix</b>	E	
Furosemide	1	
Guanfacine	1	
Hydralazine	1	
Hydrochlorothiazide	1	
<b>Hyzaar</b>	E	
<b>Inderal LA</b>	E	
<b>Inderal XL</b>	E	
<b>Innopran XL</b>	E	
Irbesartan	1	
Irbesartan/HCTZ	1	
<b>Kaspargo Sprinkle</b>	E	
<b>Katerzia</b>	E	
Labetalol	1	
<b>Lasix</b>	E	
<b>Levamlodipine (Conjupri ABA)</b>	E	
Lisinopril	1	
Lisinopril/HCTZ	1	
Losartan	1	
Losartan/HCTZ	1	
<b>Lotrel</b>	E	
Metoprolol Succinate ER	1	
Metoprolol Tartrate	1	
<b>Micardis</b>	E	
<b>Micardis HCT</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Minoxidil	1	
Nadolol	1	
Nebivolol	1	
Nifedipine ER	1	
Nifedipine ER Osmotic	1	
<b>Norliqva</b>	3	PA, QL
<b>Norvasc</b>	E	
Olmesartan	1	
Olmesartan/HCTZ	1	
Prazosin	1	
Propranolol	1	
Propranolol ER	1	
Ramipril	1	
Spirolactone	1	
<b>Tekturna</b>	2	ST
Telmisartan	1	
<b>Tenormin</b>	E	
<b>Toprol XL</b>	E	
Torseamide	1	
Triamterene/HCTZ	1	
<b>Tribenzor</b>	E	
<b>Valsartan Solution</b>	E	
Valsartan Tab	1	
Valsartan/HCTZ	1	
Verapamil ER	1	
<b>Zestril</b>	E	
<b>Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Colesterol Alto</b>		
<b>Atorvaliq</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Atorvastatin	1	
<b>Colestid</b>	E	
<b>Crestor</b>	E	
Ezetimibe	1	
Fenofibrate	1	
Fenofibrate Micronized	1	
Gemfibrozil	1	
Icosapent Ethyl	1	
<b>Leqvio</b>	E	
<b>Lescol XL</b>	E	
<b>Lipitor</b>	E	
<b>Livalo</b>	E	
Lovastatin	1	
<b>Lovaza</b>	E	
<b>Nexletol</b>	2	PA, QL
<b>Nexlizet</b>	2	PA, QL
Omega-3 Acid	1	
<b>Praluent</b>	E	
Pravastatin	1	
<b>Questran</b>	E	
<b>Questran Light</b>	E	
<b>Repatha</b>	2	PA, QL
Rosuvastatin	1	
Simvastatin	1	
<b>Tricor</b>	E	
<b>Vascepa</b>	2	
<b>Vytorin</b>	E	
<b>Welchol</b>	E	
<b>Zetia</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Zocor</b>	E	
<b>Zypitamag</b>	E	
<b>Enfermedad Cardiovascular / Cardíaca: Otra</b>		
Amiodarone	1	
<b>Aspruzo Sprinkle</b>	E	
<b>Camzyos</b>	E	SP
<b>Corlanor</b>	3	PA, QL
Digoxin	1	
<b>Entresto</b>	2	QL
Flecainide	1	
<b>Inpefa</b>	E	
Isosorbide Mononitrate ER	1	
<b>Multaq</b>	3	
Nitroglycerin SL	1	
<b>Nitrostat</b>	E	
Ranolazine ER	1	
<b>Soanz</b>	E	
Sotalol	1	
<b>Tikosyn</b>	E	
<b>Verquvo</b>	3	PA, QL
<b>Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH)</b>		
<b>Adcirca</b>	E	SP
<b>Adempas</b>	2	PA, QL, SP
<b>Letairis</b>	E	SP
<b>Opsumit</b>	2	PA, QL, SP
<b>Orenitram</b>	3	PA, QL, SP
<b>Remodulin</b>	E	SP
<b>Revatio</b>	E	SP

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento genérico]

E Excluida PA Previa autorización ST Terapia escalonada QL Límites de cantidad SP Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Sildenafil Tab 20mg	1	PA, QL
<b>Tadliq</b>	E	SP
<b>Tracleer 62.5mg, 125mg</b>	E	SP
Treprostinil	1	PA, QL, SP
<b>Tyvaso</b>	3	PA, QL, SP
<b>Tyvaso DPI</b>	3	PA, QL, SP

### Sistema Nervioso Central: Alzheimer / Demencia

<b>Adlarity</b>	E	
<b>Aduhelm</b>	E	SP
Donepezil	1	
<b>Legembi</b>	E	SP
Memantine	1	
<b>Namzaric</b>	2	QL

### Sistema Nervioso Central: Antipsicóticos

<b>Abilify</b>	E	
<b>Abilify Asimtufii</b>	3	
<b>Abilify Maintena</b>	3	
Aripiprazole	1	QL
<b>Aristada</b>	3	
<b>Aristada Inicio</b>	3	
<b>Invega Hafyera</b>	3	ST
<b>Invega Sustenna</b>	3	
<b>Invega Trinza</b>	3	
<b>Latuda</b>	E	
Lurasidone	1	QL
<b>Lybalvi</b>	E	
Olanzapine	1	
<b>Perseris</b>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Quetiapine	1	
Quetiapine ER	1	QL
<b>Rexulti</b>	3	QL
<b>Risperdal</b>	E	
Risperidone	1	
<b>Rykindo</b>	3	QL
<b>Saphris</b>	E	
<b>Secuado</b>	E	
<b>Seroquel</b>	E	
<b>Seroquel XR</b>	E	
<b>Uzedy</b>	3	QL
<b>Vraylar</b>	3	QL
Ziprasidone	1	
<b>Zyprexa</b>	E	

### Sistema Nervioso Central: Trastorno Por Déficit de Atención

<b>Adderall</b>	E	
<b>Adzenys XR-ODT</b>	E	
Amphetamine/ Dextroamphetamine	1	
Amphetamine/ Dextroamphetamine ER	1	
Amphetamine/ Dextroamphetamine 3-Bead ER	1	
Atomoxetine	1	
<b>Azstarys</b>	2	ST
<b>Cotempla XR-ODT</b>	E	
<b>Daytrana</b>	E	
Dexmethylphenidate	1	
Dexmethylphenidate ER	1	

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Dyanavel XR</b>	E	
<b>Evekeo</b>	E	
<b>Focalin</b>	E	
<b>Focalin XR</b>	E	
Guanfacine ER	1	
<b>Intuniv</b>	E	
<b>Jornay PM</b>	3	ST
Lisdexamfetamine	1	
<b>Metadate CD</b>	E	
Methylphenidate CD	1	
Methylphenidate ER	1	
Methylphenidate LA	1	
Methylphenidate OSM	1	
Methylphenidate Tab	1	
Methylphenidate XR	1	
<b>Mydayis</b>	E	
<b>Qelbree</b>	E	
<b>Quillichew ER</b>	E	
<b>Quillivant XR</b>	E	
<b>Ritalin</b>	E	
<b>Ritalin LA</b>	E	
<b>Strattera</b>	E	
<b>Vyvanse</b>	3	
<b>Xelstrym</b>	E	
<b>Zenedi</b>	E	
<b>Sistema Nervioso Central: Depresión</b>		
Amitriptyline	1	
<b>Auvelity</b>	E	
Bupropion	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Bupropion SR	1	QL
Bupropion XL	1	QL
<b>Bupropion XL 450mg (Forfivo XL ABA)</b>	E	
<b>Celexa</b>	E	
<b>Citalopram Cap</b>	E	
Citalopram Tab	1	
<b>Cymbalta</b>	E	
Desvenlafaxine ER	1	QL
Doxepin	1	
Duloxetine	1	QL
<b>Effexor XR</b>	E	
Escitalopram Tab	1	
Fluoxetine	1	
Fluvoxamine	1	
<b>Forfivo XL</b>	E	
<b>Lexapro</b>	E	
Mirtazapine	1	
Nortriptyline	1	
Paroxetine Tab	1	
<b>Paxil CR</b>	E	
<b>Paxil Tab</b>	E	
<b>Pristiq</b>	E	
<b>Prozac</b>	E	
<b>Sertraline Cap</b>	E	
Sertraline Tab	1	
<b>Spravato</b>	3	PA, SP
Trazodone	1	
<b>Trintellix</b>	3	QL, ST

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Venlafaxine	1	
<b>Venlafaxine Besylate ER</b>	E	
Venlafaxine ER	1	
Vilazodone	1	QL
<b>Wellbutrin SR</b>	E	
<b>Wellbutrin XL</b>	E	
<b>Zoloft</b>	E	
<b>Sistema Nervioso Central: Migraña</b>		
<b>Aimovig</b>	2	PA, QL
<b>Ajovy</b>	2	PA, QL
Bac	1	
Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine	1	
Eletriptan	1	QL
<b>Emgality 100mg/mL</b>	2	PA, QL
<b>Emgality 120mg/mL</b>	E	
<b>Imitrex</b>	E	
<b>Imitrex Statdose</b>	E	
<b>Maxalt</b>	E	
<b>Maxalt-MLT</b>	E	
Naratriptan	1	QL
<b>Nurtec</b>	2	PA, QL
<b>Onzetra Xsail</b>	E	
<b>Qulipta</b>	2	PA, QL
<b>Relpax</b>	E	
<b>Reyvow</b>	E	
Rizatriptan	1	QL
Sumatriptan Tab	1	QL
<b>Tosymra</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Treximet</b>	E	
<b>Trudhesa</b>	E	
<b>Ubrelyv</b>	2	PA, QL
<b>Zavzpret</b>	3	PA, QL
<b>Zembrace Symtouch</b>	E	
<b>Zomig Tab</b>	E	
<b>Sistema Nervioso Central: Esclerosis Múltiple</b>		
<b>Ampyra</b>	E	SP
<b>Aubagio</b>	E	SP
<b>Avonex</b>	2	PA, QL, SP
<b>Bafiertam</b>	2	PA, QL, SP
<b>Betaseron</b>	2	PA, QL, SP
<b>Copaxone 20mg/mL</b>	E	SP
<b>Copaxone 40mg/mL</b>	2	PA, QL, SP
Dalfampridine ER	1	PA, QL, SP
Dimethyl Fumarate	1	PA, QL, SP
<b>Extavia</b>	E	SP
<b>Gilenya 0.5mg Cap</b>	E	SP
Glatiramer Acetate	1	PA, QL, SP
Glatopa	1	PA, QL, SP
<b>Kesimpta</b>	2	PA, QL, SP
<b>Mavenclad</b>	3	PA, SP
<b>Mayzent</b>	3	PA, QL, SP
<b>Plegridy</b>	E	SP
<b>Ponvory</b>	E	SP
<b>Rebif</b>	E	SP
<b>Tascenso ODT</b>	E	SP
<b>Tecfidera</b>	E	SP

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Vumerity</b>	2	PA, QL, SP
<b>Zeposia</b>	3	PA, QL, SP
<b>Sistema Nervioso Central: Otro</b>		
Alprazolam Tab	1	QL
Armodafinil	1	
<b>Ativan Tab</b>	E	
<b>Austedo</b>	3	PA, QL, SP
<b>Austedo XR</b>	3	PA, QL, SP
Buspirone	1	
<b>Daybue</b>	E	SP
Diazepam Tab	1	
<b>Exservan</b>	E	
<b>Gralise</b>	3	QL, ST
<b>Horizant</b>	3	PA, QL
Hydroxyzine HCL	1	
Hydroxyzine Pamoate	1	
Lithium	1	
Lithium ER	1	
Lorazepam Tab	1	
<b>Loreev XR</b>	E	
<b>Lumryz</b>	E	SP
Modafinil	1	
<b>Nuvigil</b>	E	
<b>Provigil</b>	E	
<b>Radicava ORS</b>	2	PA, QL, SP
<b>Sodium Oxybate [Xyrem ABA (Amneal fabricante)]</b>	E	SP
<b>Sodium Oxybate (Hikma fabricante)</b>	3	PA, QL, SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Sunosi</b>	2	PA, QL
<b>Teglutik</b>	2	PA, QL
<b>Valium</b>	E	
<b>Wakix</b>	3	PA, QL, SP
<b>Xanax</b>	E	
<b>Xanax ER</b>	E	
<b>Xyrem</b>	E	SP
<b>Xywav</b>	3	PA, QL, SP
<b>Sistema Nervioso Central: Enfermedad de Parkinson</b>		
Benzotropine	1	
Carbidopa-Levodopa	1	
<b>Dhivy</b>	E	
<b>Gocovri</b>	E	
<b>Inbrija</b>	3	PA, SP
<b>Neupro</b>	3	
<b>Ongentys</b>	3	QL, ST
<b>Osmolex ER</b>	E	
Pramipexole	1	
Ropinirole	1	
<b>Rytary</b>	3	ST
<b>Sistema Nervioso Central: Sedantes / Hipnóticos</b>		
<b>Ambien</b>	E	
<b>Ambien CR</b>	E	
<b>Belsomra</b>	3	QL, ST
<b>Dayvigo</b>	3	QL, ST
Eszopiclone	1	QL
<b>Lunesta</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Quviviq	E	
Restoril	E	
Temazepam	1	
Triazolam	1	QL
Zolpidem Cap	E	
Zolpidem ER	1	QL
Zolpidem Tab	1	
<b>Sistema Nervioso Central: Trastornos Convulsivos</b>		
Aptiom	3	
Briviact	3	ST
Carbatrol	E	
Clonazepam	1	QL
Depakote	E	
Depakote ER	E	
Depakote Sprinkles	E	
Dilantin Cap 100mg	E	
Dilantin Infatabs	E	
Dilantin Suspension	E	
Divalproex DR	1	
Divalproex ER	1	
Elepsia XR	E	
Epidiolex	3	PA, SP
Eprontia	E	
Fycompa	3	
Gabapentin	1	
Keppra	E	
Keppra XR	E	
Klonopin	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Lacosamide	1	
Lamictal	E	
Lamictal ODT	E	
Lamictal Starter Kit	E	
Lamictal XR	E	
Lamotrigine	1	
Lamotrigine ER	1	
Levetiracetam	1	
Lyrica	E	
Lyrica CR	E	
Motpoly XR	3	ST
Nayzilam	3	QL
Neurontin	E	
Onfi	E	
Oxcarbazepine	1	
Oxtellar XR	E	
Pregabalin	1	QL
Primidone	1	
Qudexy XR	E	
Roweepa	1	
Sabril	E	SP
Subvenite	1	
Sympazan	3	PA
Tegretol	E	
Tegretol-XR	E	
Topamax	E	
Topamax Sprinkle	E	
Topiramate	1	
Trileptal	E	

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

E Excluida PA Previa autorización ST Terapia escalonada QL Límites de cantidad SP Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Trokendi XR</b>	E	
<b>Valtoco</b>	3	QL
<b>Vimpat</b>	E	
<b>Xcopri</b>	3	ST
<b>Zonegran</b>	E	
<b>Zonisade</b>	E	
Zonisamide	1	
<b>Dermatología</b>		
<b>Acanya</b>	E	
<b>Aczone</b>	E	
Acyclovir Ointment	1	
Adapalene/Benzoyl Peroxide Gel	1	
<b>Aklief</b>	3	PA
Ala-Cort	1	
<b>Ala Scalp</b>	E	
<b>Amzeeq</b>	3	
<b>Apexicon E</b>	E	
<b>Arazlo</b>	E	
Azelaic Acid Gel	1	
<b>Benzamycin</b>	E	
Betamethasone Cream, Ointment	1	
<b>Cabtreo</b>	E	
<b>Calcipotriene Foam (Sorilux ABA)</b>	E	
Ciclopirox Solution	1	
Clindacin ETZ Swab	1	
Clindacin-P	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Clindagel</b>	E	
Clindamycin Gel, Lotion, Solution, Swab	1	
Clindamycin/Benzoyl Peroxide Gel	1	
Clobetasol Cream, Ointment, Solution	1	
<b>Clobex</b>	E	
<b>Cloderm</b>	E	
Clotrimazole/ Betamethasone Cream	1	
<b>Cordran Tape</b>	E	
Desonide Cream	1	
<b>Differin Cream, Gel, Lotion</b>	E	
<b>Duobrii</b>	E	
<b>Elidel</b>	E	
<b>Enstilar</b>	3	QL
<b>Epiduo</b>	E	
<b>Epiduo Forte</b>	3	
<b>Epsolay</b>	E	
<b>Eucrisa</b>	2	QL, ST
<b>Fabior</b>	E	
<b>Finacea Foam</b>	3	ST
Fluocinonide Cream, Solution	1	
Fluorouracil Cream	1	
<b>Halog Cream, Ointment</b>	E	
Hydrocortisone Cream, Ointment	1	
<b>Hyftor</b>	E	
Imiquimod Cream	1	
<b>Impoyz</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Kenalog Spray</b>	E	
Ketoconazole Cream, Shampoo	1	
Klayesta	1	
<b>Klisyri</b>	3	ST
<b>Lexette</b>	E	
Lidocaine Ointment	1	
Lidocaine/Prilocaine Cream	1	
<b>Metrogel</b>	E	
Metronidazole Cream, Gel	1	
<b>Mirvaso</b>	2	
Mometasone Cream, Ointment	1	
Mupirocin Ointment	1	
<b>Natroba</b>	E	
<b>Noritate</b>	E	
Nystatin Cream, Ointment	1	
<b>Onexton</b>	3	
<b>Opzelura</b>	E	
<b>Pandel</b>	E	
<b>Retin-A</b>	E	
<b>Retin-A Micro 0.06%, 0.08%</b>	3	PA
<b>Retin-A-Micro 0.04%, 0.1%</b>	E	
<b>Rhofade</b>	E	
<b>Santyl</b>	3	
<b>Silvadene</b>	E	
<b>Soolantra</b>	3	
<b>Sorilux</b>	E	
<b>Taclonex</b>	3	QL
Tacrolimus Ointment	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Tazarotene Foam</b>	E	
<b>Tazorac</b>	E	
<b>Topicort Spray</b>	E	
Tretinoin Cream	1	PA
Triamcinolone Cream, Ointment	1	
Triamcinolone in Absorbase	1	
Triderm	1	
<b>Twynéo</b>	3	PA
<b>Ultravate</b>	E	
<b>Vectical</b>	E	
<b>Vtama</b>	3	PA
<b>Winlevi</b>	E	
<b>Wynzora</b>	3	PA, QL
<b>Xaciato</b>	3	
<b>Ycanth</b>	3	
<b>Ziana</b>	E	
<b>Zilxi</b>	3	ST
<b>Zoryve</b>	E	
<b>Zovirax</b>	E	
<b>Zyclara</b>	E	
<b>Zyclara Pump</b>	E	
<b>Diabetes / Sangre Endocrina: Control de Glucosa</b>		
<b>Accu-Chek FastClix Lancet Kit</b>	2	
<b>Accu-Chek SoftClix Lancet Device Kit</b>	2	
<b>BD Ultra-Fine Insulin Syringes</b>	2	
<b>BD Ultra-Fine Pen Needles</b>	2	

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
CeQur Simplicity 2U	2	
CeQur Simplicity Inserter	2	
Contour Next EZ Kit w/ Device	2	
Contour Next Gen Monitor	2	
Contour Next Monitor Kit w/Device	2	
Contour Next One Kit	2	
Contour Next Gen Test Strips	2	
Contour Test Strips	2	
Dexcom G6 Receiver, Sensor, Transmitter	2	
Dexcom G7 Receiver, Sensor	2	
Enlite Glucose Sensor	3	
Eversense E3 Sensor/ Holder/Smart Transmitter	E	
Eversense Sensor/Holder/ Smart Transmitter	E	
FreeStyle Libre 2 Reader, Sensor	E	
FreeStyle Libre 3 Plus Sensor	E	
FreeStyle Libre 3 Reader, Sensor	E	
FreeStyle Libre 14 Day Reader, Sensor	E	
Guardian 4 Glucose Sensor, Transmitter	3	
Guardian Connect Transmitter	3	
Guardian Link 3 Transmitter	3	
Guardian Sensor 3	3	
Novofine Pen Needles	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Novofine Plus Pen Needles	2	
Omnipod 5 G6 Intro (Gen 5)	2	PA, QL
Omnipod 5 G6 Pods (Gen 5)	2	PA, QL
Omnipod Classic Pods (Gen 3)	2	PA, QL
Omnipod Dash Intro (Gen 4)	2	PA, QL
Omnipod Dash Pods (Gen 4)	2	PA, QL
OneTouch Ultra 2 Kit w/ Device	E	
OneTouch Ultra Test Strips	E	
OneTouch Verio Flex System	E	
OneTouch Verio Kit w/ Device	E	
OneTouch Verio Reflect Kit w/ Device	E	
Tempo Refill	E	
Tempo Smart Button	E	
Tempo Welcome	E	
V-Go 20	2	PA, QL
V-Go 30	2	PA, QL
V-Go 40	2	PA, QL
<b>Diabetes / Endocrino: Insulina</b>		
Admelog	1	
Admelog SoloStar	1	
Apidra SoloStar	1	
Apidra Vials	1	
Basaglar KwikPen	1	
Basaglar Tempo Pen	E	
Fiasp	1	
Fiasp FlexTouch	1	

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Fiasp Penfill	1	
Humalog Mix 50/50 Vials and KwikPen	1	
Humalog Mix 75/25 Vials and KwikPen	1	
Humalog Tempo Pen	E	
Humalog U-100 Junior KwikPen	1	
Humalog Vials and KwikPen	1	
Humulin 70/30 Vials and KwikPen	1	
Humulin N Vials and KwikPen	1	
Humulin R U-500 Vials and KwikPen	1	
Humulin R Vials	1	
Insulin Aspart (Novolog ABA)	E	
Insulin Aspart FlexPen (Novolog FlexPen ABA)	E	
Insulin Aspart Penfill (Novolog Penfill ABA)	E	
Insulin Aspart Protamine & Insulin Aspart (Novolog Mix 70/30 ABA)	E	
Insulin Aspart Protamine & Insulin Aspart FlexPen (Novolog Mix 70/30 FlexPen ABA)	E	
Insulin Degludec (Tresiba ABA)	E	
Insulin Degludec FlexTouch (Tresiba FlexTouch ABA)	E	
Insulin Glargine 100 unit/mL (Lantus ABA)	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Insulin Glargine SoloStar 100 unit/mL (Lantus SoloStar ABA)	E	
Insulin Glargine 300 unit/mL (Toujeo SoloStar and Max SoloStar ABA)	E	
Insulin Glargine-yfgn	E	
Insulin Lispro	1	
Insulin Lispro Junior Kwik-Pen	1	
Insulin Lispro Protamine & Insulin Lispro	1	
Lantus SoloStar	1	
Lantus U-100 Vials	1	
Levemir U-100 Vials and FlexPen	E	
Lyumjev Tempo Pen	E	
Lyumjev Vials and KwikPen	1	
Novolin 70/30 Relion Vials and FlexPen	E	
Novolin 70/30 Vials and FlexPen	1	
Novolin R Relion Vials and FlexPen	E	
Novolin R Vials and FlexPen	1	
Novolin N Relion Vials and FlexPen	E	
Novolin N Vials and FlexPen	1	
Novolog FlexPen	1	
Novolog Mix 70/30 Vials and FlexPen	1	
Novolog Penfill	1	
Novolog Relion Mix 70/30 Vials and FlexPen	E	

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Novolog Relion Vials and FlexPen</b>	E	
<b>Novolog U-100 Vials</b>	1	
<b>Rezvoglar KwikPen</b>	1	
<b>Semglee (yfgn)</b>	E	
<b>Soliqua</b>	2	QL
<b>Toujeo Max SoloStar</b>	1	
<b>Toujeo SoloStar</b>	1	
<b>Tresiba</b>	E	
<b>Tresiba FlexTouch</b>	E	
<b>Diabetes / Endocrino: Sin Insulina</b>		
<b>Alogliptin</b>	E	
<b>Alogliptin/Metformin</b>	E	
<b>Alogliptin/Pioglitazone</b>	E	
<b>Baqsimi</b>	2	
<b>Bexagliflozin (Brenzavvy ABA)</b>	E	
<b>Brenzavvy</b>	E	
<b>Bydureon BCise</b>	2	PA, QL
<b>Byetta</b>	2	PA, QL
<b>Dapagliflozin (Farxiga ABA)</b>	E	
<b>Dapagliflozin/Metformin ER (Xigduo XR ABA)</b>	E	
<b>Farxiga</b>	2	
<b>Glimepiride</b>	1	
<b>Glipizide</b>	1	
<b>Glipizide ER</b>	1	
<b>Glipizide XL</b>	1	
<b>Glucagon Emergency Kit (Fresenius fabricante)</b>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Glumetza</b>	E	
<b>Glyburide</b>	1	
<b>Glyxambi</b>	2	
<b>Gvoke HypoPen</b>	E	
<b>Gvoke Kit</b>	E	
<b>Gvoke PFS</b>	E	
<b>Invokamet</b>	E	
<b>Invokamet XR</b>	E	
<b>Invokana</b>	E	
<b>Janumet</b>	2	ST
<b>Janumet XR</b>	2	ST
<b>Januvia</b>	2	ST
<b>Jardiance</b>	2	
<b>Jentaduetto</b>	2	ST
<b>Jentaduetto XR</b>	2	ST
<b>Metformin 500mg, 850mg, 1000mg</b>	1	
<b>Metformin 625mg</b>	E	
<b>Metformin ER</b>	1	
<b>Metformin ER Modified Release (generic <b>Glumetza</b>)</b>	E	
<b>Metformin ER Osmotic (generic <b>Fortamet</b>)</b>	E	
<b>Mounjaro</b>	2	PA, QL
<b>Onglyza</b>	E	
<b>Ozempic</b>	2	PA, QL
<b>Pioglitazone</b>	1	
<b>Qtern</b>	E	
<b>Rybelsus</b>	2	PA, QL
<b>Segluromet</b>	E	

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Sitagliptin	E	
Steglatro	E	
Steglujan	E	
SymlynPen	3	
Synjardy	2	
Synjardy XR	2	
Tradjenta	2	ST
Trijardy XR	2	
Trulicity	2	PA, QL
Tzield	E	
Victoza	E	PA, QL
Xigduo XR	2	
Zegalogue	2	
Zituvio	E	

### Endocrino: Hormona de Crecimiento

Genotropin	E	SP
Genotropin MiniQuick	E	SP
Humatrope	E	SP
Ngenla	3	PA, SP
Norditropin FlexPro	2	PA, SP
Nutropin AQ NuSpin	3	PA, SP
Omnitrope	2	PA, SP
Saizen	E	SP
Skytrofa	3	PA, SP
Sogroya	E	SP
Zomacton	E	SP

### Endocrino: Otro

Acthar	2	PA, SP
Alkindi Sprinkle	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Cabergoline	1	
Calcitriol Cap	1	
<b>Cortef</b>	E	
<b>Cortisone Tab</b>	E	
<b>Cortrophin</b>	2	PA, SP
Dexamethasone Tab	1	
Fludrocortisone Acetate Tab	1	
<b>Hemady</b>	E	
Hydrocortisone Tab	1	
<b>Isturisa</b>	E	SP
<b>Kenalog-40</b>	E	
Lanreotide	1	PA, SP
<b>Lupron Depot 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg</b>	2	PA, SP
<b>Lupron Depot-Ped</b>	3	PA, SP
Methylprednisolone Tab	1	
<b>Mycapssa</b>	E	SP
<b>Osphena</b>	3	
Prednisone	1	
Prednisolone	1	
Prednisolone Sodium Phosphate Solution	1	
<b>Rayos</b>	E	
<b>Recorlev</b>	E	SP
<b>Signifor</b>	E	SP
<b>Somatuline Depot</b>	3	PA, SP
<b>Supprelin LA</b>	2	PA, QL, SP
<b>Tarpeyo</b>	E	SP
<b>Triptodur</b>	3	PA, QL, SP

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

E Excluida PA Previa autorización ST Terapia escalonada QL Límites de cantidad SP Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Endocrino: Reemplazo de la Hormona Tiroidea</b>		
<b>Armour Thyroid</b>	3	ST
<b>Cytomel</b>	E	
<b>Ermeza</b>	E	
Euthyrox	1	
Levo-T	1	
<b>Levothyroxine Cap (Tirosint ABA)</b>	E	
Levothyroxine Tab	1	
Levoxyl	1	
Liothyronine	1	
Methimazole	1	
<b>Niva Thyroid</b>	3	ST
NP Thyroid	1	
<b>Synthroid</b>	E	
<b>Thyquidity</b>	E	
<b>Tirosint</b>	E	
<b>Tirosint-Sol</b>	E	
Unithroid	1	
<b>Condiciones de los Ojos: Antibióticos</b>		
<b>Azasite</b>	3	
<b>Besivance</b>	3	
Ciprofloxacin Ophthalmic	1	
Erythromycin Ophthalmic	1	
Moxifloxacin Ophthalmic	1	
Ofloxacin Ophthalmic	1	
Polymyxin B/Trimethoprim Ophthalmic	1	
<b>Tobradex ST</b>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Tobramycin Ophthalmic	1	
Tobramycin/Dexamethasone Ophthalmic	1	
<b>Vigamox</b>	E	
<b>Zylet</b>	3	
<b>Condiciones de los Ojos: Glaucoma</b>		
<b>Alphagan P</b>	E	
<b>Azopt</b>	E	
<b>Betimol</b>	3	
Brimonidine Ophthalmic	1	
Brimonidine/Timolol Ophthalmic	1	
<b>Combigan</b>	E	
<b>Cosopt</b>	E	
<b>Cosopt PF</b>	E	
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic	1	
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic PF	1	
<b>Iyuzeh</b>	E	
Latanoprost Ophthalmic	1	QL
<b>Lumigan</b>	2	QL
<b>Rhopressa</b>	3	
<b>Rocklatan</b>	3	QL
<b>Simbrinza</b>	2	
Timolol Maleate Ophthalmic (Once-Daily)	1	
Timolol Maleate OcuDose	1	
Timolol Maleate Ophthalmic	1	
Timolol Maleate Ophthalmic PF	1	
<b>Timoptic OcuDose</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Travatan Z</b>	E	
<b>Vyzulta</b>	E	
<b>Xalatan</b>	E	
<b>Zioptan</b>	E	
<b>Condiciones de los Ojos: Otro</b>		
<b>Beovu</b>	E	SP
<b>Bepreve</b>	E	
<b>Bromsite</b>	E	
<b>Byooviz</b>	E	SP
<b>Cequa</b>	3	
Cyclosporine Ophthalmic	1	PA
<b>Eysuvis</b>	3	PA, QL
<b>Flarex</b>	3	
<b>Ilevro</b>	E	
<b>Inveltys</b>	3	
Ketorolac Ophthalmic	1	
<b>Latisse</b>	E	
<b>Lotemax Suspension</b>	E	
<b>Lotemax SM</b>	3	
<b>Lucentis</b>	E	SP
<b>Miebo</b>	2	PA, QL
Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone Ophthalmic Ointment, Suspension	1	
<b>Nevanac</b>	E	
<b>Pred Forte</b>	E	
Prednisolone Ophthalmic	1	
<b>Prolensa</b>	E	
<b>Restasis</b>	2	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Restasis Multidose</b>	2	PA
<b>Tyrvaya</b>	3	PA, QL
<b>Verkazia</b>	E	
<b>Veveye</b>	E	
<b>Vuity</b>	E	
<b>Xdemvy</b>	E	
<b>Xiidra</b>	2	PA
<b>Zerviate</b>	E	
<b>Gastrointestinal: Supresión de Ácido</b>		
<b>Aciphex</b>	E	
<b>Carafate Tab</b>	E	
Dexlansoprazole	1	QL
<b>Dexilant</b>	E	
<b>Duexis</b>	E	
Esomeprazole Magnesium (Rx only)	1	QL
Famotidine (Rx only)	1	
Ibuprofen/Famotidine	E	
<b>Konvomep</b>	E	
Lansoprazole (Rx only)	1	QL
Misoprostol	1	
<b>Nexium Cap</b>	E	
Omeprazole (Rx only)	1	QL
Omeprazole/Sodium Bicarbonate	E	
Pantoprazole	1	QL
<b>Prevacid</b>	E	
<b>Prevacid SoluTab</b>	E	
<b>Protonix Tab</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Rabeprazole	1	QL
<b>Rabeprazole Sprinkle (Aciphex Sprinkle ABA)</b>	E	
Sucralfate Tab	1	
<b>Vimovo</b>	E	
<b>Zegerid</b>	E	
<b>Gastrointestinal: Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
<b>Apriso</b>	2	
Budesonide Cap, Tab	1	
<b>Canasa</b>	E	
<b>Cortifoam</b>	3	
<b>Delzicol</b>	E	
<b>Dipentum</b>	E	
Hydrocortisone (Perianal)	1	
<b>Lialda</b>	E	
Mesalamine DR	1	
Mesalamine ER 0.375gm	1	
<b>Pentasa</b>	E	
<b>Proctofoam-HC</b>	2	
Procto-Med HC	1	
Proctosol HC	1	
Proctozone-HC	1	
Sulfasalazine	1	
<b>Uceris Rectal</b>	3	
<b>Uceris Tab</b>	E	
<b>Gastrointestinales: Náuseas / Vómitos</b>		
<b>Gimoti</b>	E	
Meclizine	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Metoclopramide	1	
Ondansetron ODT	1	
Ondansetron Tab	1	
Prochlorperazine	1	
<b>Sancuso</b>	E	
Scopolamine	1	
<b>Varubi</b>	3	QL
<b>Gastrointestinal: Otro</b>		
<b>Amitiza</b>	E	
<b>Clenpiq</b>	3	
Constulose	1	
<b>Creon</b>	2	
Dicyclomine	1	
Diphenoxylate/Atropine	1	
Gavilyte-C	1	
Gavilyte-G	1	
Gavilyte-N w/ Flavor Pack	1	
Glycopyrrolate Tab 1mg, 2mg	1	
<b>Golytely</b>	E	
Hyoscyamine Sulfate SL	1	
Hyoscyamine Sulfate Tab	1	
<b>Ibsrela</b>	E	
Lactulose	1	
<b>Linzess</b>	2	QL, ST
<b>Motegrity</b>	3	QL, ST
<b>Motofen</b>	E	
<b>Movantik</b>	E	
<b>Moviprep</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulfate	1	
<b>Omeclamox-Pak</b>	2	
<b>Pancreaze</b>	E	
PEG 3350-KCI-Na Bicarb-NaCl	1	
PEG-3350/Electrolytes	1	
<b>Pertzye</b>	E	
<b>Plenvu</b>	E	
<b>Pylera</b>	3	ST
<b>Rebyota</b>	3	PA, QL, SP
<b>Relistor</b>	E	
<b>Reltone</b>	E	
<b>Suflave</b>	3	
<b>Suprep Bowel Prep</b>	3	
<b>Sutab</b>	3	
<b>Symproic</b>	2	QL, ST
<b>Talicia</b>	3	
<b>Trulance</b>	E	
<b>Ursodiol Cap 200mg, 400mg (Reltone ABA)</b>	E	
<b>Viberzi</b>	3	PA, QL
<b>Viokace</b>	E	
<b>Voquenza</b>	E	
<b>Vowst</b>	E	SP
<b>Xifaxan 200mg Tab</b>	E	
<b>Zenpep</b>	2	
<b>Gota</b>		
Allopurinol 100mg, 300mg	1	
<b>Allopurinol 200mg</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Colchicine Tab	1	
<b>Gloperba</b>	E	
<b>Lodoco</b>	E	
<b>Mitigare</b>	E	
<b>VIH / SIDA</b>		
<b>Apretude</b>	E	
<b>Biktarvy</b>	3	
<b>Cabenuva</b>	E	
<b>Cimduo</b>	2	
<b>Descovy</b>	E	
<b>Dovato</b>	2	
Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	1	
<b>Juluca</b>	2	
<b>Prezcobix</b>	2	
<b>Symfi</b>	2	
<b>Symfi Lo</b>	2	
<b>Symtuza</b>	3	
<b>Triumeq</b>	2	
<b>Truvada</b>	E	
<b>Vocabria</b>	E	
<b>Esterilidad</b>		
<b>Cetrotide</b>	E	SP
<b>Follistim AQ</b>	2	PA, SP
Ganirelix (Organon fabricante)	1	SP
<b>Gonal-f</b>	E	SP
<b>Gonal-f RFF</b>	E	SP
<b>Menopur</b>	3	PA, SP

Negría = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerério]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Ovidrel	3	SP
<b>Condiciones Inflamatorias</b>		
Abrilada	E	SP
Actemra <sup>+</sup>	3	PA, QL, SP
Adalimumab-aacf	E	SP
Adalimumab-aaty	E	SP
Adalimumab-adaz	E	SP
Adalimumab-adbm	E	SP
Adalimumab-fkjp	E	SP
Adalimumab-ryvk	E	SP
Amjevita 10mg/0.2mL, 20mg/0.4mL, 40mg/0.8mL	2	PA, QL, SP
Avsola	2	PA, SP
Bimzelx	E	SP
Cimzia	2	PA, QL, SP
Cosentyx	E	SP
Cyltezo	E	SP
Enbrel	2	PA, QL, SP
Entyvio	3	PA, QL, SP
Hadlima	E	SP
Hulio	E	SP
Humira	E	SP
Hydroxychloroquine	1	
Hyrimoz	E	SP
Idacio	E	SP
Inflectra	2	PA, SP
Infliximab	E	SP
Jylamvo	3	
Leflunomide	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Methotrexate Sodium	1	
Olumiant	3	PA, QL, SP
OmvoH	2	PA, QL, SP
Orencia <sup>+</sup>	3	PA, QL, SP
Otezla	2	PA, QL, SP
Otrexup	E	
Plaquenil	E	
Rasuvo	2	PA, QL
Remicade	E	SP
Renflexis	E	SP
Rinvoq	2	PA, QL, SP
Rinvoq LQ	2	PA, QL, SP
Simponi	2	PA, QL, SP
Simponi Aria	2	PA, SP
Skyrizi	2	PA, QL, SP
Sotyktu	2	PA, QL, SP
Stelara	2	PA, QL, SP
Taltz	2	PA, QL, SP
Tremfya	2	PA, QL, SP
Trexall	3	
Velsipity	E	SP
Xeljanz	2	PA, QL, SP
Xeljanz XR	2	PA, QL, SP
Yuflyma	E	SP
Yusimry	E	SP
+ Nivel 3 preferido		
<b>Salud Masculina: Disfunción Eréctil</b>		
Cialis	E	
Sildenafil 25mg, 50mg, 100mg	1	QL

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Stendra</b>	E	
Tadalafil	1	QL
<b>Viagra</b>	E	
<b>Salud Masculina: Próstata</b>		
Alfuzosin ER	1	
<b>Avodart</b>	E	
<b>Cialis 2.5mg, 5mg</b>	E	
Dutasteride	1	
Finasteride 5mg	1	
<b>Flomax</b>	E	
Tamsulosin	1	
<b>Salud Masculina: Terapia de Testosterona</b>		
<b>Androgel</b>	E	
<b>Aveed</b>	E	
<b>Depo-Testosterone</b>	E	
<b>Jatenzo</b>	E	
<b>Natesto</b>	E	
<b>Testim</b>	E	
<b>Testopel</b>	E	
Testosterone Cypionate IM Injection	1	
Testosterone Gel	1	
<b>Tlando</b>	E	
<b>Vogelxo</b>	E	
<b>Xyosted</b>	E	
<b>Misceláneos</b>		
<b>Adbry</b>	2	PA, QL, SP
<b>Alyglo</b>	E	SP
<b>Amondys 45</b>	E	SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Arakoda</b>	3	
<b>Asceniv</b>	E	SP
Atovaquone/Proguanil	1	
<b>Auvi-Q</b>	3	
<b>Benlysta</b>	3	PA, SP
Benzonatate	1	
<b>Besremi</b>	E	SP
<b>Bivigam</b>	3	PA, SP
<b>Bronchitol</b>	E	SP
<b>Buphenyl</b>	E	SP
<b>Cerdelga</b>	3	PA, SP
Chlorhexidine Gluconate Mouth/Throat	1	
<b>Cibinqo</b>	2	PA, QL, SP
<b>Cinryze</b>	E	SP
<b>Clarinex</b>	E	
<b>Clarinex-D</b>	E	
<b>Cuprimine</b>	E	SP
<b>Cutaquig</b>	3	PA, SP
<b>Cuvrior</b>	3	SP
<b>Depen Titratabs</b>	2	SP
Desmopressin Acetate Tab	1	
<b>Dojolvi</b>	E	
<b>Dupixent</b>	2	PA, QL, SP
<b>Dysport</b>	2	PA
<b>Elevidys</b>	E	SP
<b>Elfabrio</b>	E	SP
<b>Elmiron</b>	E	
<b>Emflaza</b>	E	SP

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Emverm	2	
Endari	3	PA
Epinephrine Auto-Injector	1	
Epipen	3	ST
Epipen Jr	E	
Esbriet	E	SP
Exondys 51	E	SP
Fabrazyme	2	PA, SP
Fasenra	2	PA, SP
Fasenra Pen	2	PA, SP
Firazyr	E	SP
Firdapse	E	SP
Haegarda	3	PA, SP
Hemangeol	3	
Hetlioz	E	SP
Hetlioz LQ	E	SP
Hizentra	3	PA, SP
Ingrezza	3	PA, QL, SP
Joenja	E	SP
Jynarque	E	SP
Kerendia	3	PA, QL
Kuvan	E	SP
Lidocaine Mouth/Throat	1	
Lidocaine Viscous	1	
Litfulo	3	PA, QL, SP
Livmarli	E	SP
Lupkynis	E	SP
Myobloc	2	PA
Nocdurna	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Nucala	2	PA, QL, SP
Ofev	3	PA, SP
Olpruva	E	SP
Orfadin	3	PA, SP
Oriahnn	2	PA, QL
Orilissa	2	PA, QL
Orladeyo	3	PA, QL, SP
Oxbryta	E	SP
Palforzia	E	SP
Panzyga	E	SP
Penicillamine Cap	E	SP
PerioGard	1	
Pheburane	3	SP
Phenazo 200mg Tab	1	
Phenazopyridine (Rx only)	1	
Privigen	3	PA, SP
Promethazine	1	
Promethazine DM	1	
Propecia	E	
Pseudoephedrine/ Brompheniramine/DM	1	
Pulmozyme	2	PA, SP
Qbrexza	3	QL
Ravicti	E	SP
Royaldee	3	PA
Rezurock	E	SP
Ruconest	3	PA, SP
Sajazir	E	SP
Sandostatin	E	SP

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Sensipar	E	
Strensiq	2	PA, SP
Syprine	E	SP
Takhzyro	3	PA, SP
Tavneos	E	SP
Thiola	3	SP
Thiola EC	3	SP
Trikafta	3	PA, QL, SP
Velphoro	E	
Veozah	E	
Vijoice	E	SP
Viltepso	E	SP
Vyleesi	3	PA, QL
Vyondys 53	E	SP
Vyvgart	3	PA, SP
Vyvgart Hytrulo	3	PA, SP
Wainua	3	PA, QL, SP
Xembify	3	PA, SP
Xhance	E	
Xeomin	2	PA
Xphozah	E	SP
Zolgensma	3	SP
<b>Musculoesquelético: Osteoartritis</b>		
Durolane	2	PA
Euflexxa	2	PA
Gelsyn-3	2	PA
Gel-One	E	
Genvisc 850	E	
Hyalgan	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Hymovis	E	
Monovisc	E	
Orthovisc	E	
Supartz FX	E	
Synjoynt	E	
Synvisc	E	
Synvisc-One	E	
Triluron	E	
TriVisc	E	
Visco-3	E	
<b>Musculoesquelético: Osteoporosis</b>		
Alendronate Tab	1	QL
<b>Forteo</b>	E	SP
Ibandronate	1	QL
<b>Prolia</b>	2	PA, QL, SP
<b>Teriparatide (Recombinant)</b>	2	PA, QL, SP
<b>Tymlos</b>	2	PA, SP
<b>Musculoesquelético: Otro</b>		
<b>Amrix</b>	E	
<b>Baclofen Solution 5mg/5mL</b>	E	
<b>Baclofen Solution 10mg/5mL (Ozobax DS ABA)</b>	E	
Baclofen Tab	1	
Carisoprodol	1	
Cyclobenzaprine Tab	1	
<b>Fleqsuvy</b>	E	
<b>Lorzone</b>	3	
<b>Lyvispah</b>	E	
Methocarbamol	1	

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

E Excluida PA Previa autorización ST Terapia escalonada QL Límites de cantidad SP Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Ozobax DS</b>	E	
<b>Soma</b>	E	
Tizanidine Tab	1	
<b>Zanaflex</b>	E	
<b>Musculoesquelético: Alivio del Dolor</b>		
Acetaminophen w/ Codeine	1	QL
Acetaminophen/Caffeine/ Dihydrocodeine	1	QL
<b>Apadaz</b>	E	
<b>Arthrotec</b>	E	
<b>Belbuca</b>	2	PA, QL
<b>Benzhydrocodone/ Acetaminophen</b>	E	
<b>Butrans</b>	E	
<b>Cambia</b>	E	
<b>Celebrex</b>	E	
Celecoxib	1	QL
<b>Conzip</b>	E	
<b>Coxanto</b>	E	
Diclofenac Gel 1%	1	QL
<b>Diclofenac Patch 1.3% (Flector ABA)</b>	E	
Diclofenac Potassium Tab	1	
Diclofenac Sodium Tab	1	
<b>Dilaudid Liquid, Tab</b>	E	
<b>Elyxyb</b>	E	
Endocet	1	
Etodolac	1	
<b>Fentanyl Citrate Buccal Tab (Fentora ABA)</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Fentora</b>	E	
<b>Fiorcet</b>	E	
<b>Fiorcet/Codeine</b>	E	
<b>Flector</b>	E	
Hydrocodone/ Acetaminophen	1	QL
Hydromorphone Tab	1	QL
<b>Hysingla ER</b>	2	PA, QL
Ibuprofen Suspension 100mg/5mL (Rx only)	1	
Ibuprofen Tab (Rx only)	1	
Indomethacin Cap	1	
Ketorolac Tab	1	QL
<b>Licart</b>	E	
<b>Lidocan</b>	E	
Lidocaine Patch	1	
<b>Lidoderm</b>	E	
Meloxicam	1	
Morphine Sulfate ER	1	PA, QL
<b>MS Contin</b>	E	
Nabumetone	1	
<b>Nalfon</b>	E	
<b>Naprelan</b>	3	
Naproxen (Rx only)	1	
<b>Norgesic</b>	E	
<b>Norgesic Forte</b>	E	
<b>Nucynta</b>	E	
<b>Nucynta ER</b>	E	
<b>Orphengesic Forte (Norgesic Forte ABA)</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Oxaprozín Cap (Coxanto ABA)</b>	E	
Oxycodone w/ Acetaminophen	1	QL
<b>Oxycodone ER (Oxycontin ABA)</b>	E	
<b>Oxycodone Powder</b>	E	
Oxycodone Tab	1	QL
<b>Oxycodone Tab 15mg (Roxybond ABA)</b>	E	
<b>Oxycontin</b>	2	PA, QL
<b>Pennsaid</b>	E	
<b>Percocet</b>	E	
<b>Qdolo</b>	E	
<b>Relafen DS</b>	E	
<b>Roxicodone</b>	E	
<b>Roxybond</b>	E	
<b>Seglenti</b>	E	
<b>Sprix</b>	E	
Tramadol	1	QL
<b>Tramadol ER (Conzip ABA)</b>	E	
<b>Tramadol Solution (Qdolo ABA)</b>	E	
<b>Trezix</b>	3	QL
<b>Tridacaine II</b>	E	
<b>Tridacaine III</b>	E	
<b>Xtampza ER</b>	2	PA, QL
<b>Zipsor</b>	E	
<b>ZTlido</b>	E	
<b>Vejiga Hiperactiva</b>		
<b>Gemtesa</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Myrbetriq Suspension</b>	E	
<b>Myrbetriq Tab</b>	2	
Oxybutynin	1	
Oxybutynin ER	1	
Solifenacin	1	
Tolterodine ER	1	
<b>Toviaz</b>	E	
<b>Vesicare</b>	E	
<b>Vesicare LS</b>	E	
<b>Respiratorio: Asma / EPOC</b>		
<b>Advair Diskus</b>	E	
<b>Advair HFA</b>	1	QL
<b>AirDuo RespiClick</b>	E	
<b>Airsupra</b>	2	QL
Albuterol HFA	1	QL
<b>Albuterol HFA (Ventolin HFA ABA)</b>	E	
Albuterol Inhalation Solution	1	QL
<b>Alvesco</b>	E	
<b>Anoro Ellipta</b>	2	QL
<b>Arnuity Ellipta</b>	2	QL
<b>Asmanex</b>	E	
<b>Asmanex HFA</b>	E	
<b>Atrovent HFA</b>	3	QL
<b>Bevespi Aerosphere</b>	E	
<b>Breo Ellipta</b>	1	QL
Breyna	1	
<b>Breztri Aerosphere</b>	2	QL
<b>Brovana</b>	E	

**Negrita** = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Budesonide Inhalation Suspension	1	QL
<b>Combivent Respimat</b>	2	QL
<b>Duaklir Pressair</b>	E	
<b>Dulera</b>	E	
<b>Fluticasone Furoate/ Vilanterol (Breo Ellipta ABA)</b>	E	
<b>Fluticasone Propionate Diskus (Flovent Diskus ABA)</b>	E	
<b>Fluticasone Propionate HFA (Flovent HFA ABA)</b>	E	
Fluticasone/Salmeterol 100/50, 250/50, 500/50	1	
<b>Fluticasone/Salmeterol 45/21, 115/21, 230/21 (Advair HFA ABA)</b>	E	
<b>Fluticasone/Salmeterol 55/14, 113/14, 232/14 (AirDuo RespiClick ABA)</b>	E	
<b>Incruse Ellipta</b>	E	
Ipratropium/Albuterol	1	QL
<b>Levalbuterol HFA (Xopenex HFA ABA)</b>	E	
Montelukast	1	
<b>Perforomist</b>	3	QL
<b>ProAir RespiClick</b>	E	
<b>Proventil HFA</b>	E	
<b>Pulmicort Flexhaler</b>	E	
<b>Pulmicort Suspension</b>	E	
<b>Qvar RediHaler</b>	2	QL
<b>Serevent Diskus</b>	2	QL
<b>Singulair</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Spiriva HandiHaler</b>	E	
<b>Spiriva Respimat</b>	2	QL
<b>Stiolto Respimat</b>	2	QL
<b>Striverdi Respimat</b>	2	QL
<b>Symbicort</b>	3	QL, ST
<b>Tezspire</b>	2	PA, QL, SP
Tiotropium Bromide Monohydrate	1	QL
<b>Trelegy Ellipta</b>	2	QL
<b>Tudorza Pressair</b>	E	
<b>Ventolin HFA</b>	E	
Wixela Inhub	1	QL
<b>Xolair</b>	2	PA, SP
<b>Xopenex HFA</b>	E	
<b>Yupelri</b>	3	QL
<b>Respiratorio: Alergias Nasales</b>		
Azelastine Nasal Spray	1	QL
Azelastine/Fluticasone Nasal Spray	1	QL
<b>Dymista</b>	2	QL
Fluticasone Propionate Nasal Spray (Rx only)	1	
Ipratropium Nasal Spray	1	
Mometasone Nasal Spray	1	QL
<b>Omnaris</b>	3	QL
<b>QNasi</b>	3	QL
<b>QNasi Childrens</b>	3	QL
<b>Ryaltris</b>	3	
<b>Respiratorio: Alergias Orales</b>		
Cetirizine Solution (Rx only)	1	

Negrita = Medicamento de marca [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Cyproheptadine Tab	1	
Levocetirizine Tab (Rx only)	1	
<b>Transplante</b>		
Azathioprine Tab	1	
Mycophenolate Mofetil	1	
Tacrolimus Cap	1	
<b>Vitaminas / Electrolitos</b>		
<b>Accrufer</b>	E	
<b>Auryxia</b>	3	
<b>Carnitor</b>	E	
<b>Carnitor SF</b>	E	
Cyanocobalamin Injection 1000mcg/mL	1	
Cyanocobalamin Nasal Spray	1	
Ergocalciferol Cap	1	
Folic Acid 1mg Tab	1	
<b>K-Tab</b>	E	
Klor-Con 10	1	
Klor-Con Extended Release	1	
Klor-Con m10, m15, m20	1	
<b>Lokelma</b>	3	
<b>Nascobal</b>	3	
<b>Pokonza</b>	E	
Potassium Chloride Crys ER	1	
Potassium Chloride ER	1	
Potassium Citrate ER	1	
<b>Veltassa</b>	3	
Vitamin D (ergocalciferol) (Rx only)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Manejo de la Pérdida de Peso</b>		
<b>Adipex-P</b>	E	
<b>Contrave</b>	E	
<b>Imcivree</b>	E	SP
Phentermine	1	PA
<b>Qsymia</b>	2	PA
<b>Saxenda</b>	2	PA
<b>Wegovy</b>	2	PA
<b>Zepbound</b>	2	PA
<b>Salud de la Mujer: Control de la Natalidad</b>		
Afirmelle	1	
Altavera	1	
<b>Annovera</b>	3	
Apri	1	
Ashlyna	1	
Aubra EQ	1	
Aurovela 1/20	1	
Aurovela 1.5/30	1	
Aurovela 24 Fe	1	
Aurovela Fe 1/20	1	
Aurovela Fe 1.5/30	1	
Aviane	1	
Ayuna	1	
<b>Balcoltra</b>	3	
<b>Beyaz</b>	E	
Blisovi 24 Fe	1	
Blisovi Fe 1/20	1	
Blisovi Fe 1.5/30	1	
Briellyn	1	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Camila	1	
Camrese	1	
Camrese Lo	1	
Chateal EQ	1	
Cryselle-28	1	
Cyred EQ	1	
Daysee	1	
Deblitane	1	
Delyla	1	
Drospirenone/Ethinyl Estradiol	1	
Elinest	1	
Eluryng	1	
Emzahh	1	
Eniloring	1	
Enskyce	1	
Errin	1	
Estarylla	1	
Estradiol/Norethindrone Acetate	1	
Etonogestrel/Ethinyl Estradiol	1	
Falmina	1	
Hailey 1.5/30	1	
Hailey 24 Fe	1	
Hailey Fe 1/20	1	
Hailey Fe 1.5/30	1	
Haloette	1	
Heather	1	
Iclevia	1	
Incassia	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Isibloom	1	
Jaimiess	1	
Jasmiel	1	
Jencycla	1	
Jolessa	1	
Juleber	1	
Junel 1/20	1	
Junel 1.5/30	1	
Junel Fe 1/20	1	
Junel Fe 1.5/30	1	
Junel Fe 24	1	
Kalliga	1	
Kurvelo	1	
Larin 1/20	1	
Larin 1.5/30	1	
Larin 24 Fe	1	
Larin Fe 1/20	1	
Larin Fe 1.5/30	1	
Lessina	1	
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol	1	
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol 91-day	1	
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol and Ethinyl Estradiol	1	
Levora-28 0.15/30	1	
<b>Lo Loestrin Fe</b>	E	
<b>Loestrin 1/20 (21)</b>	E	
<b>Loestrin 1.5/30 (21)</b>	E	
<b>Loestrin Fe 1/20</b>	E	
<b>Loestrin Fe 1.5/30</b>	E	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Lojaimiess	1	
Loryna	1	
Low-Ogestrel	1	
Lo-Zumandimine	1	
Lutera	1	
Lyleq	1	
Lyza	1	
Marlissa	1	
Medroxyprogesterone Acetate Injection	1	QL
Microgestin 1/20	1	
Microgestin 1.5/30	1	
Microgestin 24 Fe	1	
Microgestin Fe 1/20	1	
Microgestin Fe 1.5/30	1	
Mili	1	
<b>Mirena</b>	3	
Mono-Linyah	1	
<b>Natazia</b>	2	
<b>Nextstellis</b>	E	
Nikki	1	
Nora-BE	1	
Norelgestromin/Ethinyl Estradiol	1	
Norethindrone	1	
Norethindrone Acetate	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Fe	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Norgestimate/Ethinyl Estradiol	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol Triphasic	1	
Norlyroc	1	
Nymyo	1	
Ocella	1	
<b>Phexxi</b>	E	
Portia-28	1	
Reclipsen	1	
Rivelsa	1	
<b>Safyral</b>	E	
Setlakin	1	
Sharobel	1	
Simpesse	1	
<b>Slynd</b>	E	
Sprintec 28	1	
Sronyx	1	
Syeda	1	
Tarina 24 Fe	1	
Tarina Fe 1/20 EQ	1	
Tri-Estarylla	1	
Tri-Linyah	1	
Tri-Lo-Estarylla	1	
Tri-Lo-Marzia	1	
Tri-Lo-Mili	1	
Tri-Lo-Sprintec	1	
Tri-Mili	1	
Tri-Nymyo	1	
Tri-Sprintec	1	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento gerérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Tri-Vylibra	1	
Tri-Vylibra Lo	1	
Turqoz	1	
<b>Twirla</b>	E	
Vestura	1	
Vienna	1	
Vylibra	1	
Xulane	1	
<b>Yasmin 28</b>	E	
<b>Yaz</b>	E	
Zafemy	1	
Zumandimine	1	
<b>Salud de la Mujer: Reemplazo Hormonal</b>		
<b>Bijuva</b>	3	
<b>Climara</b>	E	
<b>Climara Pro</b>	2	
<b>Delestrogen IM Injection</b>	E	
<b>Divigel</b>	3	
Dotti	1	
<b>Duavee</b>	2	
<b>Elestrin</b>	3	
<b>Endometrin</b>	2	
<b>Estrace</b>	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Estradiol Patch, Tab, Vaginal Cream	1	
<b>EstroGel</b>	3	
<b>Evamist</b>	3	
<b>Imvexxy</b>	2	
Lyllana	1	
Medroxyprogesterone Acetate Tab	1	
Mimvey	1	
<b>Myfembree</b>	2	PA, QL
<b>Premarin Tab, Vaginal Cream</b>	2	
<b>Premphase</b>	2	
<b>Prempro</b>	2	
Progesterone Cap	1	
<b>Prometrium</b>	E	
<b>Vagifem</b>	E	
<b>Vivelle-Dot</b>	E	
Yuvaferm	1	
<b>Salud de la Mujer: Antiinfecciosos Vaginales</b>		
<b>Clindesse</b>	3	
<b>Gynazole-1</b>	3	
Metronidazole Vaginal Gel	1	
Terconazole Vaginal Cream	1	

**Negrita = Medicamento de marca** [Típa simple = Medicamento genérico]

**E** Excluida **PA** Previa autorización **ST** Terapia escalonada **QL** Límites de cantidad **SP** Programa de especialidad

Es posible que no todos los medicamentos y dispositivos enumerados estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos de su plan de beneficios que le proporcionó su empleador o patrocinador del plan para ver qué medicamentos están cubiertos por su plan.

# Índice

## A

- Abilify, 15
- Abilify Asimtufii, 15
- Abilify Maintena, 15
- Abiraterone, 10
- Abrilada, 30
- Absorica, 8
- Absorica LD, 8
- Acanya, 20
- Accrufer, 37
- Accu-Chek FastClix Lancet Kit, 21
- Accu-Chek SoftClix Lancet Device Kit, 21
- Accutane, 8
- Acetaminophen w/ Codeine, 34
- Acetaminophen/Caffeine/ Dihydrocodeine, 34
- Aciphex, 27
- Actemra, 30
- Acthar, 25
- Acyclovir Ointment, 20
- Acyclovir Tab, 9
- Aczone, 20
- Adalimumab-aacf, 30
- Adalimumab-aaty, 30
- Adalimumab-adaz, 30
- Adalimumab-adbm, 30
- Adalimumab-fkjp, 30
- Adalimumab-ryvk, 30
- Adapalene/Benzoyl Peroxide Gel, 20
- Adbry, 31
- Adcirca, 14
- Adderall, 15
- Adempas, 14
- Adipex-P, 37
- Adlarity, 15
- Admelog, 22
- Admelog SoloStar, 22
- Aduhelm, 15
- Advair Diskus, 35
- Advair HFA, 35
- Advate, 9
- Adynovate, 9
- Adzenys XR-ODT, 15
- Afinitor, 10
- Afinitor Disperz, 10
- Afirmelle, 37
- Afstyla, 9
- Aimovig, 17
- AirDuo RespiClick, 35
- Airsupra, 35
- Ajovy, 17
- Akeega, 10
- Aklief, 20
- Ala Scalp, 20
- Ala-Cort, 20
- Albuterol HFA, 35
- Albuterol HFA (Ventolin HFA ABA), 35
- Albuterol Inhalation Solution, 35
- Alecensa, 10
- Alendronate Tab, 33
- Alfuzosin ER, 31
- Alkindi Sprinkle, 25
- Allopurinol 100mg, 300mg, 29
- Allopurinol 200mg, 29
- Alogliptin (Nesina ABA), 24
- Alogliptin/Metformin (Kazano ABA), 24
- Alogliptin/Pioglitazone (Oseni ABA), 24
- Alphagan P, 26
- Alprazolam Tab, 18
- Alprolix, 9
- Altace, 12
- Altavera, 37
- Altuviio, 9
- Alunbrig, 10
- Alvesco, 35
- Alyglo, 31
- Alymsys, 10
- Ambien, 18
- Ambien CR, 18
- Amiodarone, 14
- Amitiza, 28
- Amitriptyline, 16
- Amjevita 10mg/0.2mL, 20mg/0.4mL, 40mg/0.8mL, 30
- Amlodipine, 12
- Amlodipine/Benazepril, 12
- Amlodipine/Olmesartan, 12
- Amlodipine/Valsartan, 12
- Amnesteem, 8
- Amondys 45, 31
- Amoxicillin, 8
- Amoxicillin/Clavulanate, 8
- Amphetamine/ Dextroamphetamine 3-Bead ER, 15
- Amphetamine/ Dextroamphetamine, 15
- Amphetamine/ Dextroamphetamine ER, 15
- Ampyra, 17
- Amrix, 33
- Amzeeq, 20
- Anastrozole Tab, 10
- Androgel, 31
- Annovera, 37
- Anoro Ellipta, 35
- Apadaz, 34
- Apexicon E, 20
- Apidra SoloStar, 22
- Apidra Vials, 22
- Apretude, 29
- Apri, 37
- Apriso, 28
- Aptiom, 19
- Arakoda, 31
- Aranesp, 9
- Arazlo, 20
- Arimidex, 10
- Aripiprazole, 15
- Aristada, 15
- Aristada Initio, 15
- Armodafinil, 18
- Armour Thyroid, 26
- Arnuity Ellipta, 35
- Arthrotec, 34
- Asceniv, 31
- Ashlyna, 37
- Asmanex, 35
- Asmanex HFA, 35
- Aspruzo Sprinkle, 14
- Atacand, 12
- Atenolol, 12
- Atenolol/Chlorthalidone, 12
- Ativan Tab, 18
- Atomoxetine, 15
- Atorvaliq, 13
- Atorvastatin, 14
- Atovaquone/Proguanil, 31
- Atrovent HFA, 35
- Aubagio, 17
- Aubra EQ, 37
- Augtyro, 10
- Aurovela 1.5/30, 37
- Aurovela 1/20, 37
- Aurovela 24 Fe, 37
- Aurovela Fe 1.5/30, 37
- Aurovela Fe 1/20, 37
- Auryxia, 37
- Austedo, 18
- Austedo XR, 18
- Auvelity, 16
- Auvi-Q 0.1mg, 31
- Avapro, 12
- Aveed, 31
- Aviane, 37
- Avidoxy, 8
- Avodart, 31
- Avonex, 17
- Avsola, 30
- Ayuna, 37
- Azasite, 26
- Azathioprine Tab, 37
- Azelaic Acid Gel, 20
- Azelastine Nasal Spray, 36
- Azelastine/Fluticasone Nasal Spray, 36
- Azithromycin, 8
- Azopt, 26
- Azor, 12
- Azstarys, 15

## B

- Bac, 17
- Baclofen Solution 10mg/5mL (Ozobax DS ABA), 33
- Baclofen Solution 5mg/5mL, 33
- Baclofen Tab, 33
- Bafiertam, 17
- Balcoltra, 37
- Baqsimi, 24
- Baraclude Tab, 9
- Basaglar KwikPen, 22
- Basaglar Tempo Pen, 22
- BD Ultra-Fine Insulin Syringes, 21
- BD Ultra-Fine Pen Needles, 21
- Belbuca, 34
- Belrapzo, 10
- Belsomra, 18
- Benazepril, 12
- Bendamustine (Apotex, Baxter fabricante), 10
- Benicar, 12
- Benicar HCT, 12
- Benlysta, 31
- Benzamycin, 20
- Benzhydrocodone/ Acetaminophen, 34

Benzonatate, 31	Bydureon, 24	Ciclodan, 9	Cordran Tape, 20
Benzotropine, 18	Bydureon BCise, 24	Ciclopirox Solution, 20	Coreg, 12
Beovu, 27	Byetta, 24	Cimduo, 29	Coreg CR, 12
Bepreve, 27	Byooviz, 27	Cimzia, 30	Corlanor, 14
Besivance, 26	Bystolic, 12	Cinryze, 31	Cortef, 25
Besremi, 31		Ciprofloxacin Ophthalmic, 26	Cortifoam, 28
Betamethasone Cream, 20		Ciprofloxacin Tab, 8	Cortisone Tab, 25
Betamethasone Cream, Ointment, 20		Ciprofloxacin/Dexamethasone Otic, 8	Cortrophin, 25
Betaseron, 17		Citalopram Cap, 16	Cosela, 10
Bethkis, 8		Citalopram Tab, 16	Cosentyx, 30
Betimol, 26		Claravis, 8	Cosopt, 26
Bevespi Aerosphere, 35		Clarinet, 31	Cosopt PF, 26
Bexagliflozin (Brenzavvy ABA), 24		Clarinet-D, 31	Cotellic, 11
Beyaz, 37		Clarithromycin Tab, 8	Cotempla XR-ODT, 15
Bijuva, 40		Clenpiq, 28	Coxanto, 34
Biktarvy, 29		Cleocin Vaginal Cream, Suppository, 8	Cozaar, 12
Bimzelx, 30		Climara, 40	Creon, 28
Bisoprolol, 12		Climara Pro, 40	Cresemba, 9
Bisoprolol/HCTZ, 12		Clindacin ETZ Swab, 20	Crestor, 14
Bivigam, 31		Clindacin-P, 20	Cryselle-28, 38
Blisovi 24 Fe, 37		Clindagel, 20	Cuprimine, 31
Blisovi Fe 1.5/30, 37		Clindamycin Cap, 8	Cutaquig, 31
Blisovi Fe 1/20, 37		Clindamycin Gel, Lotion, Solution, Swab, 20	Cuvrior, 31
Brenzavvy, 24		Clindamycin/Benzoyl Peroxide Gel 1-5%, 1.2-2.5%, 20	Cyanocobalamin Injection 1000mcg/mL, 37
Breo Ellipta, 35		Clindesse, 40	Cyanocobalamin Nasal Spray, 37
Brexafemme, 9		Clindesine, 40	Cyclobenzaprine Tab, 33
Breyna, 35		Clobetasol Cream, Ointment, Solution, 20	Cyclosporine Ophthalmic, 27
Breztri Aerosphere, 35		Clobex, 20	Cyltezo, 30
Briellyn, 37		Cloderm, 20	Cymbalta, 16
Brilinta, 12		Clonazepam, 19	Cyproheptadine Tab, 37
Brimonidine Ophthalmic, 26		Clonidine Tab, 12	Cyred EQ, 38
Brimonidine/Timolol Ophthalmic, 26		Clopidogrel, 12	Cytomel, 26
Briviact, 19		Clotrimazole Cream, 9	
Brixadi, 8		Colchicine Tab, 29	<b>D</b>
Bromsite, 27		Colestid, 14	Dalfampridine ER, 17
Bronchitol, 31		Combigan, 26	Dapagliflozin (Farxiga ABA), 24
Brovana, 35		Combivent Respimat, 36	Dapagliflozin/Metformin ER (Xigduo XR ABA), 24
Budesonide Cap, Tab, 28		Conjupri, 12	Darzalex Faspro, 11
Budesonide Inhalation Suspension, 36		Constulose, 28	Daybue, 18
Bumetanide, 12		Contour Next EZ Kit w/ Device, 22	Daysee, 38
Buphenyl, 31		Contour Next Gen Monitor, 22	Daytrana, 15
Buprenorphine, 8		Contour Next Gen Test Strips, 22	Dayvigo, 18
Buprenorphine SL, 8		Contour Next Monitor Kit w/Device, 22	Deblitane, 38
Buprenorphine/Naloxone, 8		Contour Next One Kit, 22	Delestrogen IM Injection, 40
Bupropion, 16		Contour Test Strips, 22	Delyla, 38
Bupropion SR, 16		Contrave, 37	Delzicol, 28
Bupropion XL 450mg (Forfivo XL ABA), 16		Conzip, 34	Depakote, 19
Buspirone, 18		Copaxone 20mg/mL, 17	Depakote ER, 19
Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine, 17		Copaxone 40mg/mL, 17	Depakote Sprinkles, 19
Butrans, 34			Depen Titratabs, 31
			Depo-Testosterone, 31
			Descovy, 29

Desmopressin Acetate Tab, 31	Duavee, 40	Epogen, 9	Fentora, 34
Desonide Cream, 20	Duexis, 27	Eprontia, 19	Fiasp, 22
Desvenlafaxine ER, 16	Dulera, 36	Epsolay, 20	Fiasp FlexTouch, 22
Dexamethasone Tab, 25	Duloxetine, 16	Ergocalciferol Cap, 37	Fiasp Penfill, 23
Dexcom G6 Receiver, Sensor, Transmitter, 22	Duobrii, 20	Erivedge, 11	Finacea Foam, 20
Dexcom G7 Receiver, Sensor, 22	Dupixent, 31	Erleada, 11	Finasteride 5mg, 31
Dexilant, 27	Durolane, 33	Ermeza, 26	Fiorcet, 34
Dexlansoprazole, 27	Dutasteride, 31	Errin, 38	Fiorcet/Codeine, 34
Dexmethylphenidate, 15	Dyanavel XR, 16	Erythromycin Ophthalmic, 26	Firazyr, 32
Dexmethylphenidate ER, 15	Dymista, 36	Esbriet, 32	Firdapse, 32
Dhivy, 18	Dysport, 31	Escitalopram Tab, 16	Flarex, 27
Diazepam Tab, 18	<b>E</b>	Esomeprazole Magnesium (Rx only), 27	Flecainide, 14
Diclofenac Gel 1%, 34	Edarbi, 12	Esperoct, 10	Flector, 34
Diclofenac Patch 1.3% (Flector ABA), 34	Edarbyclor, 12	Estarylla, 38	Fleqsuvy, 33
Diclofenac Potassium Tab, 34	Effexor XR, 16	Estrace, 40	Flomax, 31
Diclofenac Sodium Tab, 34	Elepsia XR, 19	Estradiol Patch, Tab, Vaginal Cream, 40	Fluconazole, 9
Dicyclomine, 28	Elestrin, 40	Estradiol/Norethindrone Acetate, 38	Fludrocortisone Acetate Tab, 25
Differin Cream, Gel, Lotion, 20	Eletriptan, 17	EstroGel, 40	Fluocinonide Cream, Solution, 20
Dificid, 8	Elevidys, 31	Eszopiclone, 18	Fluorouracil Cream, 20
Digoxin, 14	Elfabrio, 31	Etodolac, 34	Fluoxetine, 16
Dilantin Capsule 100mg, 19	Elidel, 20	Etonogestrel/Ethinyl Estradiol, 38	Fluticasone Furoate/ Vilanterol (Breo Ellipta ABA), 36
Dilantin Infatabs, 19	Elinest, 38	Eucrisa, 20	Fluticasone Propionate Diskus (Flovent Diskus ABA), 36
Dilantin Suspension, 19	Eliaquis, 12	Euflexxa, 33	Fluticasone Propionate HFA (Flovent HFA ABA), 36
Dilaudid Liquid, Tab, 34	Elmiron, 31	Euthyrox, 26	Fluticasone Propionate Nasal Spray (Rx only), 36
Diltiazem ER, 12	Eloctate, 9	Evamist, 40	Fluticasone/Salmeterol 100/50, 250/50, 500/50, 36
Dimethyl Fumarate, 17	Eluryng, 38	Evekeo, 16	Fluticasone/Salmeterol 45/21, 115/21, 230/21 (Advair HFA ABA), 36
Diovan, 12	Elyxyb, 34	Eversense E3 Sensor/ Holder/Smart Transmitter, 22	Fluticasone/Salmeterol 55/14, 113/14, 232/14 (AirDuo RespiClick ABA), 36
Diovan HCT, 12	Emflaza, 31	Eversense Sensor/Holder/Smart Transmitter, 22	Fluvoxamine, 16
Dipentum, 28	Emgality 100mg/mL, 17	Exforge, 13	Focalin, 16
Diphenoxylate/Atropine, 28	Emgality 120mg/mL, 17	Exforge HCT, 13	Focalin XR, 16
Divalproex DR, 19	Empaveli, 9	Exondys 51, 32	Folic Acid 1mg Tab, 37
Divalproex ER, 19	Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate, 29	Exservan, 18	Follistim AQ, 29
Divigel, 40	Emverm, 32	Extavia, 17	Forfivo XL, 16
Dojolvi, 31	Emzahh, 38	Eysuvis, 27	Forteo, 33
Donepezil, 15	Enalapril, 13	Ezetimibe, 14	Fotivda, 11
Doptelet, 9	Enbrel, 30	<b>F</b>	FreeStyle Libre 14 Day Reader, Sensor, 22
Doryx, 8	Endari, 32	Fabhalta, 10	FreeStyle Libre 2 Reader, Sensor, 22
Doryx MPC, 8	Endocet, 34	Fabior, 20	FreeStyle Libre 3 Plus Sensor, 22
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic, 26	Endometrin, 40	Fabrazyme, 32	FreeStyle Libre 3 Reader, Sensor, 22
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic PF, 26	Eniloring, 38	Falmina, 38	Fulphila, 10
Dotti, 40	Enlite Glucose Sensor, 22	Famotidine (Rx only), 27	Furoscix, 13
Dovato, 29	Enoxaparin, 12	Farxiga, 24	Furosemide, 13
Doxazosin, 12	Enskyce, 38	Fasenra, 32	
Doxepin, 16	Enstilar, 20	Fasenra Pen, 32	
Doxycycline Hyclate, 8	Entresto, 14	Fenofibrate, 14	
Doxycycline Hyclate DR Tab 80mg, 8	Entyvio, 30	Fenofibrate Micronized, 14	
Doxycycline Monohydrate, 8	Epclusa, 9	Fentanyl Citrate Buccal Tablet (Fentora ABA), 34	
Drosiprone/Ethinyl Estradiol, 38	Epidiolex, 19		
Duaklir Pressair, 36	Epiduo, 20		
	Epiduo Forte, 20		
	Epinephrine Auto-Injector, 32		
	Epipen, 32		
	Epipen Jr, 32		

Fycompa, 19  
Fynetra, 10

## G

Gabapentin, 19  
Ganirelix (Organon fabricante), 29  
Gavilyte-C, 28  
Gavilyte-G, 28  
Gavilyte-N w/ Flavor Pack, 28  
Gavreto, 11  
Gel-One, 33  
Gelsyn-3, 33  
Gemfibrozil, 14  
Gemtesa, 35  
Genotropin, 25  
Genotropin MiniQuick, 25  
Genvisc 850, 33  
Gilenya 0.5mg Cap, 17  
Gimoti, 28  
Glatiramer Acetate, 17  
Glatopa, 17  
Gleevec, 11  
Glimepiride, 24  
Glipizide, 24  
Glipizide ER, 14  
Glipizide XL, 14  
Gloperba, 29  
Glucagon Emergency Kit (Fresenius fabricante), 24  
Glumetza, 24  
Glyburide, 24  
Glycopyrrolate Tab 1mg, 2mg, 28  
Glyxambi, 24  
Gocovri, 18  
Golytely, 28  
Gonal-f, 29  
Gonal-f RFF, 29  
Gralise, 18  
Granix, 10  
Guanfacine, 13  
Guanfacine ER, 16  
Guardian 4 Glucose Sensor, Transmitter, 22  
Guardian Connect Transmitter, 22  
Guardian Link 3 Transmitter, 22  
Guardian Sensor 3, 22  
Gvoke HypoPen, 14  
Gvoke Kit, 24  
Gvoke PFS, 24  
Gynazole-1, 40

## H

Hadlima, 30  
Haegarda, 32  
Hailey 1.5/30, 38  
Hailey 24 Fe, 38  
Hailey Fe 1.5/30, 38  
Hailey Fe 1/20, 38  
Haloette, 38  
Halog Cream, Ointment, 20  
Harvoni, 9  
Heather, 38  
Hemady, 25  
Hemangeol, 32  
Herzuma, 11  
Hettioz, 32  
Hettioz LQ, 32  
Hizentra, 32  
Horizant, 18  
Hulio, 30  
Humalog, 23  
Humalog Mix 50/50 Vials and KwikPen, 23  
Humalog Mix 75/25 Vials and KwikPen, 23  
Humalog Tempo Pen, 23  
Humalog U-100 Junior KwikPen, 23  
Humalog Vials and KwikPen, 23  
Humatrope, 25  
Humira, 30  
Humulin 70/30 Vials and KwikPen, 23  
Humulin N Vials and KwikPen, 23  
Humulin R U-500 Vials and KwikPen, 23  
Humulin R Vials, 23  
Hyalgan, 33  
Hydralazine, 13  
Hydrochlorothiazide, 13  
Hydrocodone/Acetaminophen, 34  
Hydrocortisone (Perianal), 28  
Hydrocortisone Cream, Ointment, 20  
Hydrocortisone Tab, 25  
Hydromorphone Tab, 34  
Hydroxychloroquine, 30  
Hydroxyzine HCL, 18  
Hydroxyzine Pamoate, 18  
Hyftor, 20  
Hymovis, 33  
Hyoscyamine Sulfate SL, 28  
Hyoscyamine Sulfate Tab, 28  
Hyrimoz, 30

Hysingla ER, 34  
Hyzaar, 13

## I

Ibandronate, 33  
Ibrance, 11  
Ibsrela, 28  
Ibuprofen Suspension 100mg/5mL (Rx only), 34  
Ibuprofen Tab (Rx only), 34  
Ibuprofen/Famotidine, 27  
Iclevia, 38  
Iclusig, 11  
Icosapent Ethyl, 14  
Idacio, 30  
Idelvion, 10  
Idhifa, 11  
Ilevro, 27  
Imatinib Mesylate, 11  
Imbruvica Cap, Suspension, Tab 420mg, 11  
Imbruvica Tablet 140mg, 280mg, 11  
Imiquimod Cream, 20  
Imitrex, 17  
Imitrex Statdose, 17  
Impozy, 20  
Imvexxy, 40  
Inbrija, 18  
Incassia, 38  
Incivree, 37  
Incruse Ellipta, 36  
Inderal LA, 13  
Inderal XL, 13  
Indomethacin Cap, 34  
Inflectra, 30  
Infliximab, 30  
Ingrezza, 32  
Innopran XL, 13  
Inpefa, 14  
Inqovi, 11  
Insulin Aspart (Novolog ABA), 23  
Insulin Aspart FlexPen (Novolog FlexPen ABA), 23  
Insulin Aspart Penfill (Novolog Penfill ABA), 23  
Insulin Degludec (Tresiba ABA), 23  
Insulin Degludec FlexTouch (Tresiba FlexTouch ABA), 23  
Insulin Glargine 100 unit/mL (Lantus ABA), 23  
Insulin Glargine 300 unit/mL (Toujeo SoloStar and Max SoloStar ABA), 23  
Insulin Glargine SoloStar 100 unit/mL (Lantus SoloStar ABA), 23  
Insulin Glargine-yfgn, 23  
Insulin Lispro, 23  
Insulin Lispro Junior KwikPen, 23  
Insulin Lispro Protamine & Insulin Lispro, 23  
Intuniv, 16  
Invega Hafyera, 15  
Invega Sustenna, 15  
Invega Trinza, 15  
Inveltys, 27  
Invokamet, 24  
Invokamet XR, 24  
Invokana, 24  
Ipratropium Nasal Spray, 36  
Ipratropium/Albuterol, 36  
Irbesartan, 13  
Irbesartan/HCTZ, 13  
Isibloom, 38  
Isosorbide Mononitrate ER, 14  
Isotretinoin, 8  
Isturisa, 25  
lyuzeh, 26

## J

Jaimiess, 38  
Jantoven, 12  
Janumet, 24  
Janumet XR, 24  
Januvia, 24  
Jardiance, 24  
Jasmiel, 38  
Jatenzo, 31  
Javygtor, 10  
Jencycla, 38  
Jentadueto, 24  
Jentadueto XR, 24  
Jesduvroq, 10  
Jivi, 10  
Joenja, 32  
Jolessa, 38  
Jornay PM, 16  
Jublia, 9  
Juleber, 38  
Juluca, 29  
Junel, 38  
Junel 1.5/30, 38  
Junel 1/20, 38  
Junel Fe 1.5/30, 38  
Junel Fe 1/20, 38  
Junel Fe 24, 38  
Jylamvo, 30

Jynarque, 32

## K

Kalliga, 38  
 Kanjinti, 11  
 Kapsargo Sprinkle, 13  
 Katerzia, 13  
 Kenalog Spray, 21  
 Kenalog-40, 25  
 Keppra, 19  
 Keppra XR, 19  
 Kerendia, 32  
 Kesimpta, 17  
 Ketoconazole Cream, Shampoo, 21  
 Ketorolac Ophthalmic, 27  
 Ketorolac Tab, 34  
 Kisqali, 11  
 Kitabis, 8  
 Klayesta, 21  
 Klisyri, 21  
 Klonopin, 19  
 Klor-Con 10, 37  
 Klor-Con Extended Release, 37  
 Klor-Con m10, m15, m20, 37  
 Kloxxado, 8  
 Koate, 10  
 Kogenate FS, 10  
 Konvomep, 27  
 Koselugo, 11  
 Kovaltry, 10  
 K-Tab, 37  
 Kurvelo, 38  
 Kuvan, 32

## L

Labetalol, 13  
 Lacosamide, 19  
 Lactulose, 28  
 Lamictal, 19  
 Lamictal ODT, 19  
 Lamictal Starter Kit, 19  
 Lamictal XR, 19  
 Lamotrigine, 19  
 Lamotrigine ER, 19  
 Lanreotide, 25  
 Lansoprazole (Rx only), 27  
 Lantus Solostar, 23  
 Lantus U-100 Vials, 23  
 Larin 1.5/30, 38  
 Larin 1/20, 38  
 Larin 24 Fe, 38  
 Larin Fe 1.5/30, 38  
 Larin Fe 1/20, 38

Lasix, 13  
 Latanoprost Ophthalmic, 26  
 Latisse, 27  
 Latuda, 15  
 Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni ABA), 9  
 Leflunomide, 30  
 Leqembi, 15  
 Leqvio, 14  
 Lescol XL, 14  
 Lessina, 38  
 Letairis, 14  
 Letrozole, 11  
 Levalbuterol HFA (Xopenex HFA ABA), 36  
 Levamlodipine (Conjupri ABA), 13  
 Levemir U-100 Vials and FlexPen, 23  
 Levemir Vials and KwikPen, 23  
 Levetiracetam, 19  
 Levocetirizine Tab (Rx only), 37  
 Levofloxacin Tab, 8  
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol, 38  
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol 91-day, 38  
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol and Ethinyl Estradiol, 38  
 Levora-28 0.15/30, 38  
 Levo-T, 26  
 Levothyroxine Cap (Tirosint ABA), 26  
 Levothyroxine Tab, 26  
 Levoxyl, 26  
 Lexapro, 16  
 Lexette, 21  
 Lialda, 28  
 Licart, 34  
 Lidocaine Mouth/Throat, 32  
 Lidocaine Ointment, 21  
 Lidocaine Patch, 34  
 Lidocaine Viscous, 32  
 Lidocaine/Prilocaine Cream, 21  
 Lidocan, 34  
 Lidoderm, 34  
 Likmez, 8  
 Linzess, 28  
 Liothyronine, 26  
 Lipitor, 14  
 Lisdexamfetamine, 16  
 Lisinopril, 13  
 Lisinopril/HCTZ, 13  
 Litfulo, 32  
 Lithium, 18  
 Lithium ER, 18

Livalo, 14  
 Livmarli, 32  
 Lo Loestrin Fe, 38  
 Lodoco, 29  
 Loestrin, 38  
 Loestrin 1.5/30 (21), 38  
 Loestrin 1/20 (21), 38  
 Loestrin Fe 1.5/30, 38  
 Loestrin Fe 1/20, 38  
 Lojaimiess, 39  
 Lokelma, 37  
 Lorazepam Tab, 18  
 Loreev XR, 18  
 Loryna, 39  
 Lorzone, 33  
 Losartan, 13  
 Losartan/HCTZ, 13  
 Lotemax SM, 27  
 Lotemax Suspension, 27  
 Lotrel, 13  
 Lovastatin, 14  
 Lovaza, 14  
 Low-Ogestrel, 39  
 Lo-Zumandimine, 39  
 Lucentis, 27  
 Lumakras, 11  
 Lumigan, 26  
 Lumryz, 18  
 Lunesta, 18  
 Lupkynis, 32  
 Lupron Depot 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg, 25  
 Lupron Depot-Ped, 25  
 Lurasidone, 15  
 Luteru, 39  
 Lybalvi, 15  
 Lyleq, 39  
 Lyllana, 40  
 Lynparza, 11  
 Lyrica, 19  
 Lyrica CR, 19  
 Lyumjev Tempo Pen, 23  
 Lyvispah, 33  
 Lyza, 39

## M

Marlissa, 39  
 Mavenclad, 17  
 Mavyret, 9  
 Maxalt, 17  
 Maxalt-MLT, 17  
 Mayzent, 17  
 Meclizine, 28  
 Medroxyprogesterone Acetate Injection, 39

Medroxyprogesterone Acetate Tab, 40  
 Mekinist, 11  
 Meloxicam, 34  
 Memantine, 15  
 Menopur, 29  
 Mesalamine DR, 28  
 Mesalamine ER 0.375gm, 28  
 Metadate CD, 16  
 Metformin, 24  
 Metformin 500mg, 850mg, 1000mg, 24  
 Metformin 625mg, 24  
 Metformin ER, 24  
 Metformin ER Modified Release (generic Glumetza), 24  
 Metformin ER Osmotic (generic Fortamet), 24  
 Methimazole, 26  
 Methocarbamol, 33  
 Methotrexate Sodium, 30  
 Methylphenidate CD, 16  
 Methylphenidate ER, 16  
 Methylphenidate LA, 16  
 Methylphenidate OSM, 16  
 Methylphenidate Tab, 16  
 Methylphenidate XR, 16  
 Methylprednisolone Tab, 25  
 Metoclopramide, 28  
 Metoprolol Succinate ER, 13  
 Metoprolol Tartrate, 13  
 Metrogel, 21  
 Metronidazole Cream, Gel, 21  
 Metronidazole Tab, 8  
 Metronidazole Vaginal Gel, 40  
 Micardis, 13  
 Micardis HCT, 13  
 Microgestin 1.5/30, 39  
 Microgestin 1/20, 39  
 Microgestin 24 Fe, 39  
 Microgestin Fe 1.5/30, 39  
 Microgestin Fe 1/20, 39  
 Miebo, 27  
 Mili, 39  
 Mimvey, 40  
 Minocycline Cap, 8  
 Minolira, 8  
 Minoxidil, 13  
 Mirena, 39  
 Mirtazapine, 16  
 Mirvaso, 21  
 Misoprostol, 27  
 Mitigare, 29  
 Modafinil, 18  
 Mometasone Cream, Ointment, 21

Mometasone Nasal Spray, 36  
Mondoxyn NL, 8  
Mono-Linyah, 39  
Monovisc, 33  
Montelukast, 36  
Morphine Sulfate ER, 34  
Motegrity, 28  
Motofen, 28  
Motpoly XR, 19  
Mounjaro, 24  
Movantik, 28  
Moviprep, 28  
Moxifloxacin Ophthalmic, 26  
MS Contin, 34  
Multaq, 14  
Mupirocin , Ointment, 21  
Mvasi, 11  
Mycapssa, 25  
Mycophenolate Mofetil, 37  
Mydayis, 16  
Myfembree, 40  
Myobloc, 32  
Myrbetriq Suspension, 35  
Myrbetriq Tab, 35

## N

Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulfate, 29  
Nabumetone, 34  
Nadolol, 13  
Nalfon, 34  
Naloxone Nasal Spray, 8  
Naltrexone Tab, 8  
Namzaric, 15  
Naprelan, 34  
Naproxen (Rx only), 34  
Naratriptan, 17  
Nascobal, 37  
Natazia, 39  
Natesto, 31  
Natroba, 21  
Nayzilam, 19  
Nebivolol, 13  
Neomycin/Polymyxin/ HC Otic, 8  
Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone Ophthalmic Ointment, Suspension, 27  
Neulasta, 10  
Neulasta Onpro, 10  
Neupogen, 10  
Neupro, 18  
Neurontin, 19  
Nevanac, 27  
Nexium Cap, 27  
Nexletol, 14

Nexlizet, 14  
Nextstellis, 39  
Ngenla, 25  
Nifedipine ER, 13  
Nifedipine ER Osmotic, 13  
Nikki, 39  
Nitrofurantoin Macrocrystals, 9  
Nitrofurantoin Monohydrate Macrocrystals, 9  
Nitrofurantoin Suspension 50mg/mL, 9  
Nitroglycerin SL, 14  
Nitrostat, 14  
Niva Thyroid, 26  
Nivestym, 10  
Nocdurna, 32  
Nora-BE, 39  
Norditropin FlexPro, 25  
Norelgestromin/Ethinyl Estradiol, 39  
Norethindrone, 39  
Norethindrone Acetate, 39  
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol, 39  
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Fe, 39  
Norgesic, 34  
Norgesic Forte, 34  
Norgestimate/Ethinyl Estradiol, 39  
Norgestimate/Ethinyl Estradiol Triphasic, 39  
Noritate, 21  
Norliqva, 13  
Norlyroc, 39  
Nortriptyline, 16  
Norvasc, 13  
Novoeight, 10  
Novofine Pen Needles, 22  
Novofine Plus Pen Needles, 22  
Novolin 70/30 Relion Vials and FlexPen, 23  
Novolin 70/30 Vials and FlexPen, 23  
Novolin N Relion Vials and FlexPen, 23  
Novolin N Vials and FlexPen, 23  
Novolin R Relion Vials and FlexPen, 23  
Novolin R Vials and FlexPen, 23  
Novolog FlexPen, 23  
Novolog Mix 70/30 Vials and FlexPen, 23  
Novolog Penfill, 23  
Novolog Relion Mix 70/30 Vials and FlexPen, 23

Novolog Relion Vials and FlexPen, 24  
Novolog U-100 Vials, 24  
NP Thyroid, 26  
Nubeqa, 11  
Nucalea, 32  
Nucynta, 34  
Nucynta ER, 34  
Nurtec, 17  
Nutropin AQ NuSpin, 25  
Nuversa, 9  
Nuvigil, 18  
Nuwiq, 10  
Nuzyra, 9  
Nyamyc, 9  
Nymyo, 39  
Nystatin Cream, Ointment, 21  
Nystatin Mouth/Throat, 9  
Nystop, 9  
Nyvepria, 10

## O

Ocella, 39  
Odomzo, 11  
Ofev, 32  
Ofloxacin Ophthalmic, 26  
Ofloxacin Otic, 9  
Ogivri, 11  
Ojjaara, 11  
Olanzapine, 15  
Olmesartan, 13  
Olmesartan/HCTZ, 13  
Olpruva, 32  
Olumiant, 30  
Omeclamox-Pak, 29  
Omega-3 Acid, 14  
Omeprazole (Rx only), 27  
Omeprazole/Sodium Bicarbonate, 27  
Omnaris, 36  
Omnipod 5 G6 Intro (Gen 5), 22  
Omnipod 5 G6 Pods (Gen 5), 22  
Omnipod Classic Pods (Gen 3), 22  
Omnipod Dash Intro (Gen 4), 22  
Omnipod Dash Pods (Gen 4), 22  
Omnitrope, 25  
Omvoh, 30  
Ondansetron, 28  
Ondansetron ODT, 28  
OneTouch Ultra 2 Kit w/ Device, 22  
OneTouch Ultra Test Strips, 22  
OneTouch Verio Flex System, 22  
OneTouch Verio Kit w/ Device, 22  
OneTouch Verio Reflect Kit w/ Device, 22  
Onexton, 21  
Onfi, 19  
Ongentys, 18  
Onglyza, 24  
Ontruzant, 11  
Onzetra Xsail, 17  
Opsumit, 14  
Opvee, 8  
Opzelura, 21  
Oracea, 8  
Orencia, 30  
Orenitram, 14  
Orfadin, 32  
Orgovyx, 11  
Oriaahn, 32  
Orilissa, 32  
Orladeyo, 32  
Orphenesic Forte (Norgesic Forte ABA), 34  
Orthovisc, 33  
Osetamivir Phosphate Cap, 9  
Osmolex ER, 18  
Ospheña, 25  
Otezla, 30  
Otrexup, 30  
Ovidrel, 30  
Oxaprozin Cap (Coxanto ABA), 35  
Oxbryta, 32  
Oxcarbazepine, 19  
Oxtellar XR, 19  
Oxybutynin, 35  
Oxybutynin ER, 35  
Oxycodone ER (Oxycontin ABA), 35  
Oxycodone Powder, 35  
Oxycodone Tab, 35  
Oxycodone Tab 15mg (Roxybond ABA), 35  
Oxycodone w/ Acetaminophen, 35  
Oxycontin, 35  
Ozempic, 24  
Ozobax DS, 34

## P

Palforzia, 32  
Palynziq, 10  
Pancreaze, 29  
Pandel, 21  
Panretin, 11

Pantoprazole, 27  
 Panzyga, 32  
 Paroxetine Tab, 16  
 Paxil CR, 16  
 Paxil Tab, 16  
 Paxlovid, 9  
 PEG 3350-KCl-Na Bicarb-  
   NaCl, 29  
 PEG-3350/Electrolytes, 29  
 Pemazyre, 11  
 Penicillamine Cap, 32  
 Penicillin VK, 9  
 Pennsaid, 35  
 Pentasa, 28  
 Percocet, 35  
 Perforomist, 36  
 PerioGard, 32  
 Perseris, 15  
 Pertzye, 29  
 Pheburane, 32  
 Phenazo 200mg Tab, 32  
 Phenazopyridine (Rx only), 32  
 Phentermine, 37  
 Phego, 11  
 Phexxi, 39  
 Pioglitazone, 24  
 Piqray, 11  
 Plaquenil, 30  
 Plavix, 12  
 Plegridy, 17  
 Plenvu, 29  
 Pokonza, 37  
 Polymyxin-B/Trimethoprim  
   Ophthalmic, 26  
 Pomalyst, 11  
 Ponvory, 17  
 Portia-28, 39  
 Potassium Chloride Crys ER, 37  
 Potassium Chloride ER, 37  
 Potassium Citrate ER, 37  
 Praluent, 14  
 Pramipexole, 18  
 Prasugrel, 12  
 Pravastatin, 14  
 Prazosin, 13  
 Pred Forte, 27  
 Prednisolone, 25  
 Prednisolone Ophthalmic, 27  
 Prednisolone Sodium Phosphate  
   Solution, 25  
 Prednisone, 25  
 Pregabalin, 19  
 Premarin Tab, Vaginal  
   Cream, 40  
 Premphase, 40  
 Prempro, 40

Prevacid, 27  
 Prevacid SoluTab, 27  
 Prezcobix, 29  
 Primidone, 19  
 Pristiq, 16  
 Privigen, 32  
 ProAir RespiClick, 36  
 Prochlorperazine, 28  
 Procrit, 10  
 Proctofoam-HC, 28  
 Procto-Med HC, 28  
 Proctosol HC, 28  
 Proctozone-HC, 28  
 Progesterone Cap, 40  
 Prolensa, 27  
 Prolia, 33  
 Promacta, 10  
 Promethazine, 32  
 Promethazine DM, 32  
 Prometrium, 40  
 Propecia, 32  
 Propranolol, 13  
 Propranolol ER, 13  
 Protonix Tab, 27  
 Proventil HFA, 36  
 Provigil, 18  
 Prozac, 16  
 Pseudoephedrine/  
   Brompheniramine/DM, 32  
 Pulmicort Flexhaler, 36  
 Pulmicort Suspension, 36  
 Pulmozyme, 32  
 Pylera, 29

## Q

Qbrexza, 32  
 Qdolo, 35  
 Qelbree, 16  
 QNasl, 36  
 QNasl Childrens, 36  
 Qsymia, 37  
 Qtern, 24  
 Qudexy XR, 19  
 Questran, 14  
 Questran Light, 14  
 Quetiapine, 15  
 Quetiapine ER, 15  
 Quillichew ER, 16  
 Quillivant XR, 16  
 Qulipta, 17  
 Quviviq, 19  
 Qvar RediHaler, 36

## R

Rabeprazole, 28  
 Rabeprazole Sprinkle (Aciphex  
   Sprinkle ABA), 28  
 Radicava ORS, 18  
 Ramipril, 13  
 Ranolazine ER, 14  
 Rasuvo, 30  
 Ravicti, 32  
 Rayaldee, 32  
 Rayos, 25  
 Rebif, 17  
 Rebinyn, 10  
 Rebyota, 29  
 Reclipsen, 39  
 Recombinate, 10  
 Recorlev, 25  
 Relafen DS, 35  
 Releuko, 10  
 Relistor, 29  
 Relpax, 17  
 Reltone, 29  
 Remicade, 30  
 Remodulin, 14  
 Renflexis, 30  
 Repatha, 14  
 Reset, 8  
 Restasis, 27  
 Restasis Multidose, 27  
 Restoril, 19  
 Retacrit, 10  
 Retevmo, 11  
 Retin-A, 21  
 Retin-A Micro 0.06%, 0.08%, 21  
 Retin-A-Micro 0.04%, 0.1%, 21  
 Revatio, 14  
 Revlimid, 11  
 Rexulti, 15  
 Reyvow, 17  
 Rezlidhia, 11  
 Rezero, 32  
 Rezvoglar KwikPen, 24  
 Rhofade, 21  
 Rhopressa, 26  
 Riabni, 11  
 Rinvoq, 30  
 Rinvoq LQ, 30  
 Risperdal, 15  
 Risperidone, 15  
 Ritalin, 16  
 Ritalin LA, 16  
 Rivelsa, 39  
 Rizatriptan, 17  
 Rocklatan, 26  
 Rolvedon, 10

Ropinirole, 18  
 Rosuvastatin, 14  
 Roweepra, 19  
 Roxicodone, 35  
 Roxybond, 35  
 Rozlytrek, 11  
 Rubraca, 11  
 Ruconest, 32  
 Ruxience, 11  
 Ryaltris, 36  
 Rybelsus, 24  
 Rydapt, 11  
 Rykindo, 15  
 Rylaze, 11  
 Rytary, 18

## S

Sabril, 19  
 Safyral, 39  
 Saizen, 25  
 Sajazir, 32  
 Sancuso, 28  
 Sandostatin, 32  
 Santyl, 21  
 Saphris, 15  
 Saxenda, 37  
 Scemblix, 11  
 Scopolamine, 28  
 Secuado, 15  
 Seglentis, 35  
 Segluromet, 24  
 Semglee (yfgn), 24  
 Sensipar, 33  
 Serevent Diskus, 36  
 Seroquel, 15  
 Seroquel XR, 15  
 Sertraline Cap, 16  
 Sertraline Tab, 16  
 Setlakin, 39  
 Sevenfact, 10  
 Seysara, 8  
 Sharobel, 39  
 Signifor, 25  
 Sildenafil 25mg, 50mg,  
   100mg, 30  
 Sildenafil Tab 20mg, 15  
 Silvadene, 21  
 Simbrinza, 26  
 Simpesse, 39  
 Simponi, 30  
 Simponi Aria, 30  
 Simvastatin, 14  
 Singulair, 36  
 Sitagliptin, 25  
 Skyrizi, 30

Skytrofa, 25	Symfi, 29	Terbinafine Tab, 9	Trazimera, 12
Slynd, 39	Symfi Lo, 29	Terconazole Vaginal Cream, 40	Trazodone, 16
Soaanz, 14	SymliinPen, 25	Teriparatide (Recombinant), 33	Treanda, 12
Sodium Oxybate, 18	Sympazan, 19	Testim, 31	Trelegy Ellipta, 36
Sodium Oxybate (Amneal fabricante), 18	Symproic, 29	Testopel, 31	Tremfya, 30
Sodium Oxybate (Hikma fabricante), 18	Symtuza, 29	Testosterone Cypionate IM Injection, 31	Treprostinil, 15
Sofosbuvir/Velpatasvir (Eplclusa ABA), 9	Synjardy, 25	Testosterone Gel, 31	Tresiba, 24
Sogroya, 25	Synjardy XR, 25	Tezspire, 36	Tresiba FlexTouch, 24
Solifenacin, 35	Synjoynt, 33	Thiola, 33	Tretinoin Cream, 21
Soliqua, 24	Synthroid, 26	Thiola EC, 33	Trexall, 30
Soliris, 10	Synvisc, 33	Thyquidity, 26	Treximet, 17
Soma, 34	Synvisc-One, 33	Tikosyn, 14	Trexix, 35
Somatuline Depot, 25	Syprine, 33	Timolol Maleate Oculdose, 26	Triamcinolone Cream, Ointment, 21
Soolantra, 21		Timolol Maleate Ophthalmic, 26	Triamcinolone in Absorbase, 21
Sorilux, 21	<b>T</b>	Timolol Maleate Ophthalmic (Once-Daily), 26	Triazolam, 19
Sotalol, 14	Tabrecta, 11	Timolol Maleate Ophthalmic PF, 26	Tribenzor, 13
Sotyktu, 30	Taclonex, 21	Timoptic, 26	Tricor, 14
Spiriva HandiHaler, 36	Tacrolimus Cap, 37	Timoptic Oculdose, 26	Tridacaine II, 35
Spiriva Respimat, 36	Tacrolimus Ointment, 21	Tiotropium Bromide Monohydrate, 36	Tridacaine III, 35
Spirolactone, 13	Tadalafil, 31	Tirosint, 26	Triderm, 21
Spravato, 16	Tadliq, 15	Tirosint-Sol, 26	Tri-Estarylla, 39
Sprintec 28, 39	Tafinlar, 11	Tizanidine Tab, 34	Trijardy XR, 25
Sprix, 35	Tagrisso, 11	Tlando, 31	Trikafta, 33
Sprycel, 11	Takhyzo, 33	TOBI Nebulizer, 9	Trileptal, 19
Sronyx, 39	Talicia, 29	TOBI Podhaler, 9	Tri-Linyah, 39
Steglatro, 25	Taltz*, 30	Tobradex ST, 26	Tri-Lo-Estarylla, 39
Steglujan, 25	Talzena, 11	Tobramycin/Dexamethasone Ophthalmic, 26	Tri-Lo-Marzia, 39
Stelara, 30	Tamiflu, 9	Tobramycin Nebulization Solution 300mg/5mL (Kitabis ABA), 9	Tri-Lo-Mili, 39
Stendra, 31	Tamoxifen Tab, 11	Tolterodine ER, 35	Tri-Lo-Sprintec, 39
Stimufend, 10	Tamsulosin, 31	Topamax, 19	Triluron, 33
Stiolto Respimat, 36	Targadox, 9	Topamax Sprinkle, 19	Tri-Mili, 39
Stivarga, 11	Targretin Cap, 11	Topicort Spray, 21	Trintellix, 16
Strattera, 16	Tarina 24 Fe, 39	Topiramate, 19	Tri-Nymyo, 39
Strensiq, 33	Tarina Fe 1/20 EQ, 39	Toprol XL, 13	Triptodur, 25
Striverdi Respimat, 36	Tarpeyo, 25	Torseamide, 13	Tri-Sprintec, 39
Sublocade, 8	Tascenso ODT, 17	Tosymra, 17	Triumeq, 29
Suboxone, 8	Tasigna, 11	Toujeo Max SoloStar, 24	TriVisc, 33
Subvenite, 19	Tavalisse, 10	Toujeo SoloStar, 24	Tri-Vylibra, 40
Sucrafate Tab, 28	Tavneos, 33	Toviaz, 35	Tri-Vylibra Lo, 40
Sufflave, 29	Tazarotene Foam, 21	Tracleer 62.5mg, 125mg, 15	Trokendi XR, 20
Sulfamethoxazole/Trimethoprim, 9	Tazorac, 21	Tradjenta, 25	Trudhesa, 17
Sulfasalazine, 28	Tazverik, 11	Tramadol, 35	Trulance, 29
Sulfatrim Pediatric, 9	Tecfidera, 17	Tramadol ER (Conzip ABA), 35	Trulicity, 25
Sumatriptan Tab, 17	Teglutik, 18	Tramadol Solution (Qdolo ABA), 35	Truqap, 12
Sunosi, 18	Tegretol, 19	Tranexamic Acid Tab, 10	Truvada, 29
Supartz FX, 33	Tegretol-XR, 19	Travatan Z, 27	Truxima, 12
Supprelin LA, 25	Tekturna, 13		Tudorza Pressair, 36
Suprep Bowel Prep, 29	Telmisartan, 13		Turqoz, 40
Sutab, 29	Temazepam, 19		Twirla, 40
Sutent, 11	Temozolomide, 11		Twyneo, 21
Syeda, 39	Tempo Refill, 22		Tymlos, 33
Symbicort, 36	Tempo Smart Button, 22		Tyrvaya, 27
	Tempo Welcome, 22		Tyvaso, 15
	Tenormin, 13		Tyvaso DPI, 15
	Tepmetko, 11		

**Medicamentos Seleccionados | enero de 2025**

Tzield, 25

## U

Ubrelvy, 17  
 Uceris Rectal, 28  
 Uceris Tab, 28  
 Udenyca, 10  
 Udenyca On-Body, 10  
 Ultomiris, 10  
 Ultravate, 21  
 Unithroid, 26  
 Ursodiol Cap 200mg, 400mg  
 (Reltone ABA), 29  
 Uzedy, 15

## V

Vagifem, 40  
 Valacyclovir, 9  
 Valium, 18  
 Valsartan, 13  
 Valsartan Solution, 13  
 Valsartan/HCTZ, 13  
 ValsartanTab, 13  
 Valtoco, 20  
 Valtrex, 9  
 Varenicline, 8  
 Varubi, 28  
 Vascepa, 14  
 Vectical, 21  
 Vegzelma, 12  
 Velphoro, 33  
 Velsipity, 30  
 Veltassa, 37  
 Vemlidy, 9  
 Venlafaxine, 17  
 Venlafaxine ER, 17  
 Ventolin HFA, 36  
 Veozah, 33  
 Verapamil ER, 13  
 Verkazia, 27  
 Verquvo, 14  
 Verzenio, 12  
 Vesicare, 35  
 Vesicare LS, 35  
 Vestura, 40  
 Vevye, 27  
 V-Go 20, 22  
 V-Go 30, 22

V-Go 40, 22  
 Viagra, 31  
 Viberzi, 29  
 Victoza, 25  
 Vienva, 40  
 Vigamox, 26  
 Vijoice, 33  
 Vilazodone, 17  
 Viltespo, 33  
 Vimovo, 28  
 Vimpat, 20  
 Viokace, 29  
 Visco-3, 33  
 Vitamin D (ergocalciferol) (Rx  
 only), 37  
 Vitrakvi, 12  
 Vivelle-Dot, 40  
 Vivimusta, 12  
 Vivitrol, 8  
 Vivjoa, 9  
 Vocabria, 29  
 Vogelxo, 31  
 Voquenza, 29  
 Vosevi, 9  
 Vowst, 29  
 Vraylar, 15  
 Vitama, 21  
 Vuity, 27  
 Vumerity, 18  
 Vyleesi, 33  
 Vyibra, 40  
 Vyondys 53, 33  
 Vytorin, 14  
 Vyvanse, 16  
 Vyvgart, 33  
 Vyvgart Hytrulo, 33  
 Vyzulta, 27

## W

Wainua, 33  
 Wakix, 18  
 Warfarin, 12  
 Wegovy, 37  
 Welchol, 14  
 Wellbutrin SR, 17  
 Wellbutrin XL, 17  
 Wilate, 10  
 Winlevi, 21  
 Wixela Inhub, 36

Wynzora, 21

## X

Xaciato, 21  
 Xalatan, 27  
 Xalkori, 12  
 Xanax, 18  
 Xanax ER, 18  
 Xarelto, 12  
 Xcopri, 20  
 Xdemvy, 27  
 Xeljanz, 30  
 Xeljanz XR, 30  
 Xelstrym, 16  
 Xembify, 33  
 Xeomin, 33  
 Xhance, 33  
 Xifaxan 200mg Tab, 29  
 Xigduo XR, 25  
 Xiidra, 27  
 Xofluza, 9  
 Xolair, 36  
 Xopenex HFA, 36  
 Xphozah, 33  
 Xtampza ER, 35  
 Xtandi, 12  
 Xulane, 40  
 Xyntha, 10  
 Xyntha Solofuse, 10  
 Xyosted, 31  
 Xyrem, 18  
 Xywav, 18

## Y

Yasmin 28, 40  
 Yaz, 40  
 Ycanth, 21  
 Yonsa, 12  
 Yosprala, 12  
 Yuflyma, 30  
 Yupelri, 36  
 Yusimry, 30  
 Yuvaferm, 40

## Z

Zafemy, 40  
 Zanaflex, 34

Zarxio, 10  
 Zavzpret, 17  
 Zegalogue, 25  
 Zegerid, 28  
 Zejula, 12  
 Zelboraf, 12  
 Zembrace Symtouch, 17  
 Zenatane, 8  
 Zenpep, 29  
 Zenzedi, 16  
 Zepbound, 37  
 Zeposia, 18  
 Zerviate, 27  
 Zestril, 13  
 Zetia, 14  
 Ziana, 21  
 Ziextenzo, 10  
 Zilxi, 21  
 Zimhi, 8  
 Zioptan, 27  
 Ziprasidone, 15  
 Zipsor, 35  
 Zirabev, 12  
 Zituvio, 25  
 Zocor, 14  
 Zolgensma, 33  
 Zolof, 17  
 Zolpidem, 19  
 Zolpidem Capsule, 19  
 Zolpidem ER, 19  
 Zolpidem Tab, 19  
 Zomacton, 25  
 Zomig Tab, 17  
 Zonegran, 20  
 Zonisade, 20  
 Zonisamide, 20  
 Zoryve, 21  
 Zovirax, 21  
 ZTlido, 35  
 Zubsolv, 8  
 Zumandimine, 40  
 Zyclara, 21  
 Zyclara Pump, 21  
 Zylet, 26  
 Zypitamag, 14  
 Zyprexa, 15  
 Zytiga, 12

## Planilla “Mis medicamentos”

Lleve esta planilla a cada consulta con el médico. Cada uno de sus médicos debe estar al tanto de los medicamentos que toma y usted también debe tener una lista de ellos.

Nombre del medicamento y fuerza	Nivel	Tomo este medicamento para	Direcciones	Medico
Ejemplo: Lisinopril, 20 mg	Nivel 1	Hipertensión arterial	Un comprimido por día	Dr. Johnson



Medicamentos Seleccionados | enero de 2025

©2025 Serve You Rx

[ServeYouRx.com](https://ServeYouRx.com) | 800-759-3203