



Vigente a partir del 1.º enero de 2025

Lista de medicamentos recetados

Medicamentos ventajas de los biosimilares

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 estándar (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 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 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
	Nivel 1: menor costo	Medicamentos genéricos de menor costo usados habitualmente.	Utilizar los medicamentos del nivel 1 le permitirá pagar los gastos de bolsillo más bajos.
	Nivel 2: costo intermedio	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.
	Nivel 3: mayor costo	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](tel: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.

PA	Autorización previa – su médico debe proporcionar información adicional para determinar la cobertura.
ST	Tratamiento escalonado – se requiere probar con medicamentos de menor costo antes que recibir cobertura para un medicamento de mayor costo.
QL	Límites de cantidad – 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.
SP	Medicamentos de especialidad – el medicamento está designado como un medicamento de farmacia especializada.
E	Excluidos – 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 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 Serve You Rx Home Delivery 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. Comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203** y solicite el envío de los medicamentos recetados directamente a su casa u oficina.

¿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 o se comunique con servicio al cliente al **800-759-3203** para obtener información más actualizada.

Si se registra en ServeYouRx.com, podrá utilizar las herramientas y funciones de gran utilidad que ofrece este sitio web para realizar lo siguiente:

- Realizar comparaciones de costos de medicamentos
- Aprenda cómo usar el servicio de correo para la entrega a domicilio de sus medicamentos
- Consultar su historial de medicamentos.
- Encontrar farmacias dentro del plan, fuera del plan y 24 horas próximas a su lugar de residencia.
- Vuelva a llenar sus recetas
- 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 of Contendio

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: Glaucomaer.....	27
Antiinfecciosos: Antivirales	9	Condiciones de los Ojos: Otro	27
Trastornos de la Sangre	9	Gastrointestinal: Supresión de Ácido	28
Cáncer	10	Gastrointestinal: Enfermedad Inflamatoria Intestinal	28
Enfermedades Cardiovasculares / del Corazón: Anticoagulantes.....	12	Gastrointestinal: Náuseas / Vómitos	28
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Presión Arterial Alta.....	12	Gastrointestinal: Otro.....	29
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Colesterol Alto	14	Gota	29
Enfermedad Cardiovascular / Cardíaca: Otra	14	VIH / SIDA.....	30
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH)	15	Esterilidad	30
Sistema Nervioso Central: Alzheimer / Demencia.....	15	Condiciones Inflamatorias	30
Sistema Nervioso Central: Antipsicóticos.....	15	Salud Masculina: Disfunción Eréctil	31
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: Migrana	17	Misceláneos	32
Sistema Nervioso Central: Esclerosis Múltiple	17	Musculoesquelético: Osteoartritis	34
Sistema Nervioso Central: Otro	18	Musculoesquelético: Osteoporosis	34
Sistema Nervioso Central: Enfermedad de Parkinson	18	Musculoesquelético: Otro	34
Sistema Nervioso Central: Sedantes / Hipnóticos	19	Musculoesquelético: Alivio del Dolor.....	34
Sistema Nervioso Central: Trastornos Convulsivos	19	Vejiga Hiperactiva	36
Dermatología.....	20	Respiratorio: Asma / EPOC	36
Diabetes / Sangre Endocrina: Control de Glucosa	22	Respiratorio: Alergias Nasales.....	37
Diabetes / Endocrino: Insulina	23	Respiratorio: Alergias Orales	37
Diabetes / Endocrino: Sin Insulina	24	Transplante	37
Endocrino: Hormona de Crecimiento	25	Vitaminas / Electrolitos	37
		Manejo de la Pérdida de Peso.....	38
		Salud de la Mujer: Control de la Natalidad	38
		Salud de la Mujer: Reemplazo Hormonal.....	41
		Salud de la Mujer: Antiinfecciosos Vaginales.....	41

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

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

Negríta = 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
Nitrofurantoin Macrocrystals	1	
Nitrofurantoin Monohydrate Macrocrystals	1	
Nitrofurantoin Suspension 50mg/mL	E	
Nuessa	E	
Nuzyra	3	PA
Ofloxacin Otic	1	
Penicillin VK	1	
Sulfamethoxazole/Trimethoprim	1	
Sulfatrim Pediatric	1	
Targadox	E	
TOBI Nebulizer	E	SP
TOBI Podhaler	3	QL, SP
Tobramycin Nebulization Solution 300mg/5mL (Kitabis ABA)	E	SP
Antiinfecciosos: Antifúngicos		
Brexafemme	E	
Ciclodan	1	
Clotrimazole Cream	1	
Cresemba	3	
Fluconazole	1	
Jublia	E	
Nyamyc	1	
Nystatin Mouth/Throat	1	
Nystop	1	
Terbinafine Tab	1	QL
Tolsura	E	
Vivjoa	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
Antiinfecciosos: Antivirales		
Acyclovir Tab	1	
Baraclude Tab	E	
Epclusa	2	PA, QL, SP
Harvoni	2	PA, QL, SP
Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni ABA)	E	SP
Mavyret	2	PA, QL, SP
Oseltamivir Phosphate Cap	1	
Paxlovid	2	QL
Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa ABA)	E	SP
Tamiflu	E	
Valacyclovir	1	QL
Valtrex	E	
Vemlidy	E	
Vosevi	2	PA, QL, SP
Xofluza	3	QL
Trastornos de la Sangre		
Advate	2	SP
Adynovate	3	SP
Afstyla	3	SP
Alprolix	3	SP
Altuviiio	3	SP
Aranesp	2	PA, SP
Doptelet	3	PA, SP
Eloctate	3	SP
Empaveli	3	PA, SP
Epogen	E	SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Esperoct	3	SP
Fabhalta	3	PA, QL, SP
Fulphila	E	SP
Fynetra	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Soliris	3	PA, SP
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
Cáncer		
Abiraterone	1	PA, SP
Afinitor	E	SP
Afinitor Disperz	E	SP
Akeega	E	SP
Alecensa	2	PA, SP
Alunbrig	2	PA, QL, SP
AlymSYS	3	PA, SP
Anastrozole Tab	1	
Avastin	E	SP
Arimidex	E	
Augtyro	3	PA, QL, SP
Belrapzo	E	SP
Bendamustine (Apotex, Baxter fabricante)	E	SP
Cabometyx	2	PA, 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
Calquence	3	PA, SP
Capecitabine	1	SP
Cosela	E	SP
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
Herceptin	E	SP
Herzuma	3	PA, SP
Ibrance	3	PA, SP
Iclusig	3	PA, QL, SP
Idhifa	3	PA, QL, SP
Imatinib Mesylate	1	PA, SP
Imbruvica Cap, Suspension, Tab 420mg	3	PA, SP
Imbruvica Tab 140mg, 280mg	E	SP
Inqovi	E	SP
Kanjinti	3	PA, SP
Kisqali	3	PA, SP
Koselugo	3	PA, SP
Lenalidomide	1	PA, SP
Letrozole	1	
Lumakras	3	PA, SP
Lynparza	2	PA, SP
Mekinist	3	PA, SP
Mvasi	3	PA, SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Nubeqa	3	PA, SP
Odomzo	3	PA, SP
Ogivri	2	PA, SP
Ojjaara	E	SP
Ontruzant	3	PA, SP
Orgovyx	3	PA, SP
Panretin	3	
Pemazyre	E	SP
Phesgo	2	PA, SP
Piqray	3	PA, SP
Pomalyst	3	PA, SP
Retevmo	3	PA, QL, SP
Revlimid	2	PA, SP
Rezlidhia	E	SP
Riabni	2	PA, SP
Rituxan	E	SP
Rozlytrek	3	PA, SP
Rubraca	E	SP
Ruxience	2	PA, SP
Rydapt	3	PA, SP
Rylaze	E	SP
Scemblix	3	PA, QL, SP
Sprycel	3	PA, SP
Stivarga	2	PA, SP
Sutent	E	SP
Tabrecta	3	PA, SP
Tafinlar	3	PA, SP
Tagrisso	3	PA, 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
Talzenna	E	SP
Tamoxifen Tab	1	
Targretin Cap	E	SP
Tasigna	3	PA, SP
Tazverik	E	SP
Temozolomide	1	PA, SP
Tepmetko	E	SP
Trazimera	3	PA, SP
Treanda	E	SP
Truqap	3	PA, QL, SP
Truxima	3	PA, SP
Vegzelma	2	PA, 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
Enfermedades Cardiovasculares / del Corazón: Anticoagulantes		
Brilinta	2	
Clopidogrel	1	
Eliquis	2	QL
Enoxaparin	1	
Jantoven	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Plavix	E	
Prasugrel	1	
Warfarin	1	
Xarelto	2	QL
Yosprala	E	
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Presión Arterial Alta		
Altace	E	
Amlodipine	1	
Amlodipine/Benazepril	1	
Amlodipine/Olmesartan	1	
Amlodipine/Valsartan	1	
Atacand	E	
Atenolol	1	
Atenolol/Chlorthalidone	1	
Avapro	E	
Azor	E	
Benazepril	1	
Benicar	E	
Benicar HCT	E	
Bisoprolol	1	
Bisoprolol/HCTZ	1	
Bumetanide	1	
Bystolic	E	
Candesartan	1	
Cardizem LA	E	
Cartia XT	1	
Carvedilol	1	
Catapres-TTS	E	
Chlorthalidone	1	
Clonidine Tab	1	
Conjupri	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
Coreg	E	
Coreg CR	E	
Cozaar	E	
Diltiazem ER	1	
Diovan	E	
Diovan HCT	E	
Doxazosin	1	
Edarbi	3	ST
Edarbyclor	3	ST
Enalapril	1	
Exforge	E	
Exforge HCT	E	
Furoscix	E	
Furosemide	1	
Guanfacine	1	
Hydralazine	1	
Hydrochlorothiazide	1	
Hyzaar	E	
Inderal LA	E	
Inderal XL	E	
Innopran XL	E	
Irbesartan	1	
Irbesartan/HCTZ	1	
Kaspargo Sprinkle	E	
Katerzia	E	
Labetalol	1	
Lasix	E	
Levamlodipine (Conjupri ABA)	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Lisinopril	1	
Lisinopril/HCTZ	1	
Losartan	1	
Losartan/HCTZ	1	
Lotrel	E	
Metoprolol Succinate ER	1	
Metoprolol Tartrate	1	
Micardis	E	
Micardis HCT	E	
Minoxidil	1	
Nadolol	1	
Nebivolol	1	
Nifedipine ER	1	
Nifedipine ER Osmotic	1	
Norliqva	3	PA, QL
Norvasc	E	
Olmesartan	1	
Olmesartan/HCTZ	1	
Prazosin	1	
Propranolol	1	
Propranolol ER	1	
Ramipril	1	
Spirolactone	1	
Tekturna	2	ST
Telmisartan	1	
Tenormin	E	
Toprol XL	E	
Torsemide	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
Triamterene/HCTZ	1	
Tribenzor	E	
Valsartan Solution	E	
Valsartan Tab	1	
Valsartan/HCTZ	1	
Verapamil ER	1	
Zestril	E	
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Colesterol Alto		
Atorvaliq	E	
Atorvastatin	1	
Colestid	E	
Crestor	E	
Ezetimibe	1	
Fenofibrate	1	
Fenofibrate Micronized	1	
Gemfibrozil	1	
Icosapent Ethyl	1	
Leqvio	E	
Lescol XL	E	
Lipitor	E	
Livalo	E	
Lovastatin	1	
Lovaza	E	
Nexletol	2	PA, QL
Nexlizet	2	PA, QL
Omega-3 Acid	1	
Praluent	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Pravastatin	1	
Questran	E	
Questran Light	E	
Repatha	2	PA, QL
Rosuvastatin	1	
Simvastatin	1	
Tricor	E	
Vascepa	2	
Vytorin	E	
Welchol	E	
Zetia	E	
Zocor	E	
Zypitamag	E	
Enfermedad Cardiovascular / Cardíaca: Otra		
Amiodarone	1	
Aspruzo Sprinkle	E	
Camzyos	E	SP
Corlanor	3	PA, QL
Digoxin	1	
Entresto	2	QL
Flecainide	1	
Inpefa	E	
Isosorbide Mononitrate ER	1	
Multaq	3	
Nitroglycerin SL	1	
Nitrostat	E	
Ranolazine ER	1	
Soanz	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
Sotalol	1	
Tikosyn	E	
Verquuvo	3	PA, QL
Cardiovascular / Enfermedad Cardíaca: Hipertensión Arterial Pulmonar (PAH)		
Adcirca	E	SP
Adempas	2	PA, QL, SP
Letairis	E	SP
Opsumit	2	PA, QL, SP
Orenitram	3	PA, QL, SP
Remodulin	E	SP
Revatio	E	SP
Sildenafil Tab 20mg	1	PA, QL
Tadliq	E	SP
Tracleer 62.5mg, 125mg	E	SP
Treprostinil	1	PA, QL, SP
Tyvaso	3	PA, QL, SP
Tyvaso DPI	3	PA, QL, SP
Sistema Nervioso Central: Alzheimer / Demencia		
Adlarity	E	
Aduhelm	E	SP
Donepezil	1	
Leqembi	E	SP
Memantine	1	
Namzaric	2	QL
Sistema Nervioso Central: Antipsicóticos		
Abilify	E	
Abilify Asimtufii	3	

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
Abilify Maintena	3	
Aripiprazole	1	QL
Aristada	3	
Aristada Inicio	3	
Invega Hafyera	3	ST
Invega Sustenna	3	
Invega Trinza	3	
Latuda	E	
Lurasidone	1	QL
Lybalvi	E	
Olanzapine	1	
Perseris	3	
Quetiapine	1	
Quetiapine ER	1	QL
Rexulti	3	QL
Risperdal	E	
Risperidone	1	
Rykindo	3	QL
Saphris	E	
Secuado	E	
Seroquel	E	
Seroquel XR	E	
Uzedy	3	QL
Vraylar	3	QL
Ziprasidone	1	
Zyprexa	E	
Sistema Nervioso Central: Trastorno Por Déficit de Atención		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Adderall	E	
Adzenys XR-ODT	E	
Amphetamine/ Dextroamphetamine	1	
Amphetamine/ Dextroamphetamine ER	1	
Amphetamine/ Dextroamphetamine 3-Bead ER	1	
Atomoxetine	1	
Azstarys	2	ST
Cotempla XR-ODT	E	
Daytrana	E	
Dexmethylphenidate	1	
Dexmethylphenidate ER	1	
Dyanavel XR	E	
Evekeo	E	
Focalin	E	
Focalin XR	E	
Guanfacine ER	1	
Intuniv	E	
Jornay PM	3	ST
Lisdexamfetamine	1	
Metadate CD	E	
Methylphenidate CD	1	
Methylphenidate ER	1	
Methylphenidate LA	1	
Methylphenidate OSM	1	
Methylphenidate Tab	1	
Methylphenidate XR	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Mydayis	E	
Qelbree	E	
Quillichew ER	E	
Quillivant XR	E	
Ritalin	E	
Ritalin LA	E	
Strattera	E	
Vyvanse	3	
Xelstrym	E	
Zenzedi	E	
Sistema Nervioso Central: Depresión		
Amitriptyline	1	
Auvelity	E	
Bupropion	1	
Bupropion SR	1	QL
Bupropion XL	1	QL
Bupropion XL 450mg (Forfivo XL ABA)	E	
Celexa	E	
Citalopram Cap	E	
Citalopram Tab	1	
Cymbalta	E	
Desvenlafaxine ER	1	QL
Doxepin	1	
Duloxetine	1	QL
Effexor XR	E	
Escitalopram Tab	1	
Fluoxetine	1	

Negríta = 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
Fluvoxamine	1	
Forfivo XL	E	
Lexapro	E	
Mirtazapine	1	
Nortriptyline	1	
Paroxetine Tab	1	
Paxil CR	E	
Paxil Tab	E	
Pristiq	E	
Prozac	E	
Sertraline Cap	E	
Sertraline Tab	1	
Spravato	3	PA, SP
Trazodone	1	
Trintellix	3	QL, ST
Venlafaxine	1	
Venlafaxine Besylate ER	E	
Venlafaxine ER	1	
Vilazodone	1	QL
Wellbutrin SR	E	
Wellbutrin XL	E	
Zoloft	E	
Sistema Nervioso Central: Migraña		
Aimovig	2	PA, QL
Ajovy	2	PA, QL
Bac	1	
Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Eletriptan	1	QL
Emgality 100mg/mL	2	PA, QL
Emgality 120mg/mL	E	
Imitrex	E	
Imitrex Statdose	E	
Maxalt	E	
Maxalt-MLT	E	
Naratriptan	1	QL
Nurtec	2	PA, QL
Onzetra Xsail	E	
Qulipta	2	PA, QL
Relpax	E	
Reyvow	E	
Rizatriptan	1	QL
Sumatriptan Tab	1	QL
Tosymra	E	
Treximet	E	
Trudhesa	E	
Ubrelvy	2	PA, QL
Zavzpret	3	PA, QL
Zembrace Symtouch	E	
Zomig Tab	E	
Sistema Nervioso Central: Esclerosis Múltiple		
Ampyra	E	SP
Aubagio	E	SP
Avonex	2	PA, QL, SP
Bafiertam	2	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
Betaseron	2	PA, QL, SP
Copaxone 20mg/mL	E	SP
Copaxone 40mg/mL	2	PA, QL, SP
Dalfampridine ER	1	PA, QL, SP
Dimethyl Fumarate	1	PA, QL, SP
Extavia	E	SP
Gilenya 0.5mg Cap	E	SP
Glatiramer Acetate	1	PA, QL, SP
Glatopa	1	PA, QL, SP
Kesimpta	2	PA, QL, SP
Mavenclad	3	PA, SP
Mayzent	3	PA, QL, SP
Plegridy	E	SP
Ponvory	E	SP
Rebif	E	SP
Tascenso ODT	E	SP
Tecfidera	E	SP
Vumerity	2	PA, QL, SP
Zeposia	3	PA, QL, SP
Sistema Nervioso Central: Otro		
Alprazolam Tab	1	QL
Armodafinil	1	
Ativan Tab	E	
Austedo	3	PA, QL, SP
Austedo XR	3	PA, QL, SP
Bupirone	1	
Daybue	E	SP
Diazepam Tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Exservan	E	
Gralise	3	QL, ST
Horizant	3	PA, QL
Hydroxyzine HCL	1	
Hydroxyzine Pamoate	1	
Lithium	1	
Lithium ER	1	
Lorazepam Tab	1	
Loreev XR	E	
Lumryz	E	SP
Modafinil	1	
Nuvigil	E	
Provigil	E	
Radicava ORS	2	PA, QL, SP
Sodium Oxybate [Xyrem ABA (Amneal fabricante)]	E	SP
Sodium Oxybate (Hikma fabricante)	3	PA, QL, SP
Sunosi	2	PA, QL
Teglutik	2	PA, QL
Valium	E	
Wakix	3	PA, QL, SP
Xanax	E	
Xanax ER	E	
Xyrem	E	SP
Xywav	3	PA, QL, SP
Sistema Nervioso Central: Enfermedad de Parkinson		
Benzotropine	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
Carbidopa-Levodopa	1	
Dhivy	E	
Gocovri	E	
Inbrija	3	PA, SP
Neupro	3	
Ongentys	3	QL, ST
Osmolex ER	E	
Pramipexole	1	
Ropinirole	1	
Rytary	3	ST
Sistema Nervioso Central: Sedantes / Hipnóticos		
Ambien	E	
Ambien CR	E	
Belsomra	3	QL, ST
Dayvigo	3	QL, ST
Eszopiclone	1	QL
Lunesta	E	
Quviviq	E	
Restoril	E	
Temazepam	1	
Triazolam	1	QL
Zolpidem Cap	E	
Zolpidem ER	1	QL
Zolpidem Tab	1	
Sistema Nervioso Central: Trastornos Convulsivos		
Aptiom	3	
Briviact	3	ST

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
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	
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	

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
Motpoly XR	3	ST
Nayzilam	3	QL
Neurontin	E	
Onfi	E	
Oxcarbazepine	1	
Oxtellar XR	E	
Pregabalin	1	QL
Primidone	1	
Qudexy XR	E	
Roweepira	1	
Sabril	E	SP
Subvenite	1	
Sympazan	3	PA
Tegretol	E	
Tegretol-XR	E	
Topamax	E	
Topamax Sprinkle	E	
Topiramate	1	
Trileptal	E	
Trokendi XR	E	
Valtoco	3	QL
Vimpat	E	
Xcopri	3	ST
Zonegran	E	
Zonisade	E	
Zonisamide	1	
Dermatología		
Acanya	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Aczone	E	
Acyclovir Ointment	1	
Adapalene/Benzoyl Peroxide Gel	1	
Aklief	3	PA
Ala-Cort	1	
Ala Scalp	E	
Amzeeq	3	
Apexicon E	E	
Arazlo	E	
Azelaic Acid Gel	1	
Benzamycin	E	
Betamethasone Cream, Ointment	1	
Cabtreo	E	
Calcipotriene Foam (Sorilux ABA)	E	
Ciclopirox Solution	1	
Clindacin ETZ Swab	1	
Clindacin-P	1	
Clindagel	E	
Clindamycin Gel, Lotion, Solution, Swab	1	
Clindamycin/Benzoyl Peroxide Gel	1	
Clobetasol Cream, Ointment, Solution	1	
Clobex	E	
Cloderm	E	
Clotrimazole/ Betamethasone Cream	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
Cordran Tape	E	
Desonide Cream	1	
Differin Cream, Gel, Lotion	E	
Duobrii	E	
Elidel	E	
Enstilar	3	QL
Epiduo	E	
Epiduo Forte	3	
Epsolay	E	
Eucrisa	2	QL, ST
Fabior	E	
Finacea Foam	3	ST
Fluocinonide Cream, Solution	1	
Fluorouracil Cream	1	
Halog Cream, Ointment	E	
Hydrocortisone Cream, Ointment	1	
Hyftor	E	
Imiquimod Cream	1	
Impoiz	E	
Kenalog Spray	E	
Ketoconazole Cream, Shampoo	1	
Klayesta	1	
Klisyri	3	ST
Lexette	E	
Lidocaine Ointment	1	
Lidocaine/Prilocaine Cream	1	
Metrogel	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Metronidazole Cream, Gel	1	
Mirvaso	2	
Mometasone Cream, Ointment	1	
Mupirocin Ointment	1	
Natroba	E	
Noritate	E	
Nystatin Cream, Ointment	1	
Onexton	3	
Opzelura	E	
Pandel	E	
Retin-A	E	
Retin-A Micro 0.06%, 0.08%	3	PA
Retin-A-Micro 0.04%, 0.1%	E	
Rhofade	E	
Santyl	3	
Silvadene	E	
Soolantra	3	
Sorilux	E	
Taclonex	3	QL
Tacrolimus Ointment	1	
Tazarotene Foam	E	
Tazorac	E	
Topicort Spray	E	
Tretinoin Cream	1	PA
Triamcinolone Cream, Ointment	1	
Triamcinolone in Absorbase	1	
Triderm	1	
Twyneo	3	PA

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
Ultravate	E	
Vectical	E	
Vtama	3	PA
Winlevi	E	
Wynzora	3	PA, QL
Xaciatto	3	
Ycanth	3	
Ziana	E	
Zilxi	3	ST
Zoryve	E	
Zovirax	E	
Zyclara	E	
Zyclara Pump	E	
Diabetes / Sangre Endocrina: Control de Glucosa		
Accu-Chek FastClix Lancet Kit	2	
Accu-Chek SoftClix Lancet Device Kit	2	
BD Ultra-Fine Insulin Syringes	2	
BD Ultra-Fine Pen Needles	2	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
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	
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

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
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
Diabetes / Endocrino: Insulina		
Admelog	1	
Admelog SoloStar	1	
Apidra SoloStar	1	
Apidra Vials	1	
Basaglar KwikPen	1	
Basaglar Tempo Pen	E	
Fiasp	1	
Fiasp FlexTouch	1	
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	

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
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	
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 KwikPen	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
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	
Novolog Relion Vials and FlexPen	E	
Novolog U-100 Vials	1	
Rezvoglar KwikPen	1	
Semglee (yfgn)	E	
Soliqua	2	QL
Toujeo Max SoloStar	1	
Toujeo SoloStar	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Tresiba	E	
Tresiba FlexTouch	E	
Diabetes / Endocrino: Sin Insulina		
Alogliptin	E	
Alogliptin/Metformin	E	
Alogliptin/Pioglitazone	E	
Baqsimi	2	
Bexagliflozin (Brenzavvy ABA)	E	
Brenzavvy	E	
Bydureon BCise	2	PA, QL
Byetta	2	PA, QL
Dapagliflozin (Farxiga ABA)	E	
Dapagliflozin/Metformin ER (Xigduo XR ABA)	E	
Farxiga	2	
Glimepiride	1	
Glipizide	1	
Glipizide ER	1	
Glipizide XL	1	
Glucagon Emergency Kit (Fresenius fabricante)	2	
Glumetza	E	
Glyburide	1	
Glyxambi	2	
Gvoke HypoPen	E	
Gvoke Kit	E	
Gvoke PFS	E	
Invokamet	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
Invokamet XR	E	
Invokana	E	
Janumet	2	ST
Janumet XR	2	ST
Januvia	2	ST
Jardiance	2	
Jentadueto	2	ST
Jentadueto XR	2	ST
Metformin 500mg, 850mg, 1000mg	1	
Metformin 625mg	E	
Metformin ER	1	
Metformin ER Modified Release (generic Glumetza)	E	
Metformin ER Osmotic (generic Fortamet)	E	
Mounjaro	2	PA, QL
Onglyza	E	
Ozempic	2	PA, QL
Pioglitazone	1	
Qtern	E	
Rybelsus	2	PA, QL
Segluromet	E	
Sitagliptin	E	
Steglatro	E	
Steglujan	E	
SymlinPen	3	
Synjardy	2	
Synjardy XR	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
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	
Cabergoline	1	
Calcitriol Cap	1	
Cortef	E	
Cortisone Tab	E	
Cortrophin	2	PA, 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
Dexamethasone Tab	1	
Fludrocortisone Acetate Tab	1	
Hemady	E	
Hydrocortisone Tab	1	
Isturisa	E	SP
Kenalog-40	E	
Lanreotide	1	PA, SP
Lupron Depot 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	2	PA, SP
Lupron Depot-Ped	3	PA, SP
Methylprednisolone Tab	1	
Mycapssa	E	SP
Osphena	3	
Prednisone	1	
Prednisolone	1	
Prednisolone Sodium Phosphate Solution	1	
Rayos	E	
Recorlev	E	SP
Signifor	E	SP
Somatuline Depot	3	PA, SP
Supprelin LA	2	PA, QL, SP
Tarpeyo	E	SP
Triptodur	3	PA, QL, SP
Endocrino: Reemplazo de la Hormona Tiroidea		
Armour Thyroid	3	ST
Cytomel	E	
Ermeza	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Euthyrox	1	
Levo-T	1	
Levothyroxine Cap (Tirosint ABA)	E	
Levothyroxine Tab	1	
Levoxyl	1	
Liothyronine	1	
Methimazole	1	
Niva Thyroid	3	ST
NP Thyroid	1	
Synthroid	E	
Thyquidity	E	
Tirosint	E	
Tirosint-Sol	E	
Unithroid	1	
Condiciones de los Ojos: Antibióticos		
Azasite	3	
Besivance	3	
Ciprofloxacin Ophthalmic	1	
Erythromycin Ophthalmic	1	
Moxifloxacin Ophthalmic	1	
Ofloxacin Ophthalmic	1	
Polymyxin B/Trimethoprim Ophthalmic	1	
Tobradex ST	3	
Tobramycin Ophthalmic	1	
Tobramycin/Dexamethasone Ophthalmic	1	
Vigamox	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
Zylet	3	
Condiciones de los Ojos: Glaucomaer		
Alphagan P	E	
Azopt	E	
Betimol	3	
Brimonidine Ophthalmic	1	
Brimonidine/Timolol Ophthalmic	1	
Combigan	E	
Cosopt	E	
Cosopt PF	E	
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic	1	
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic PF	1	
Iyuzeh	E	
Latanoprost Ophthalmic	1	QL
Lumigan	2	QL
Rhopressa	3	
Rocklatan	3	QL
Simbrinza	2	
Timolol Maleate Ophthalmic (Once-Daily)	1	
Timolol Maleate Ocular	1	
Timolol Maleate Ophthalmic	1	
Timolol Maleate Ophthalmic PF	1	
Timoptic Ocudose	E	
Travatan Z	E	
Vyzulta	E	
Xalatan	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Zioptan	E	
Condiciones de los Ojos: Otro		
Beovu	E	SP
Bepreve	E	
Bromsite	E	
Byooviz	E	SP
Cequa	3	
Cyclosporine Ophthalmic	1	PA
Eysuvis	3	PA, QL
Flarex	3	
Ilevro	E	
Inveltys	3	
Ketorolac Ophthalmic	1	
Latisse	E	
Lotemax Suspension	E	
Lotemax SM	3	
Lucentis	E	SP
Miebo	2	PA, QL
Neomycin/Polymyxin/Dexamethasone Ophthalmic Ointment, Suspension	1	
Nevanac	E	
Pred Forte	E	
Prednisolone Ophthalmic	1	
Prolensa	E	
Restasis	2	PA
Restasis Multidose	2	PA
Tyrvaya	3	PA, QL
Verkazia	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
Vevye	E	
Vuity	E	
Xdemvy	E	
Xiidra	2	PA
Zerviate	E	
Gastrointestinal: Supresión de Ácido		
Aciphex	E	
Carafate Tab	E	
Dexlansoprazole	1	QL
Dexilant	E	
Duexis	E	
Esomeprazole Magnesium (Rx only)	1	QL
Famotidine (Rx only)	1	
Ibuprofen/Famotidine	E	
Konvomep	E	
Lansoprazole (Rx only)	1	QL
Misoprostol	1	
Nexium Cap	E	
Omeprazole (Rx only)	1	QL
Omeprazole/Sodium Bicarbonate	E	
Pantoprazole	1	QL
Prevacid	E	
Prevacid SoluTab	E	
Protonix Tab	E	
Rabeprazole	1	QL
Rabeprazole Sprinkle (Aciphex Sprinkle ABA)	E	

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

Negríta = 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
Ondansetron Tab	1	
Prochlorperazine	1	
Sancuso	E	
Scopolamine	1	
Varubi	3	QL
Gastrointestinal: Otro		
Amitiza	E	
Clenpiq	3	
Constulose	1	
Creon	2	
Dicyclomine	1	
Diphenoxylate/Atropine	1	
Gavilyte-C	1	
Gavilyte-G	1	
Gavilyte-N w/ Flavor Pack	1	
Glycopyrrolate Tab 1mg, 2mg	1	
Golytely	E	
Hyoscyamine Sulfate SL	1	
Hyoscyamine Sulfate Tab	1	
Ibsrela	E	
Lactulose	1	
Linzess	2	QL, ST
Motegrity	3	QL, ST
Motofen	E	
Movantik	E	
Moviprep	E	
Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulfate	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Omeclamox-Pak	2	
Pancreaze	E	
PEG 3350-KCl-Na Bicarb-NaCl	1	
PEG-3350/Electrolytes	1	
Pertzye	E	
Plenvu	E	
Pylera	3	ST
Rebyota	3	PA, QL, SP
Relistor	E	
Reltone	E	
Suflave	3	
Suprep Bowel Prep	3	
Sutab	3	
Symproic	2	QL, ST
Talicia	3	
Trulance	E	
Ursodiol Cap 200mg, 400mg (Reltone ABA)	E	
Viberzi	3	PA, QL
Viokace	E	
Voquenza	E	
Vowst	E	SP
Xifaxan 200mg Tab	E	
Zenpep	2	
Gota		
Allopurinol 100mg, 300mg	1	
Allopurinol 200mg	E	
Colchicine Tab	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
Gloperba	E	
Lodoco	E	
Mitigare	E	
VIH / SIDA		
Apretude	E	
Biktarvy	3	
Cabenuva	E	
Cimduo	2	
Descovy	E	
Dovato	2	
Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	1	
Juluca	2	
Prezcobix	2	
Symfi	2	
Symfi Lo	2	
Symtuza	3	
Triumeq	2	
Truvada	E	
Vocabria	E	
Esterilidad		
Cetrotide	E	SP
Follistim AQ	2	PA, SP
Ganirelix (Organon fabricante)	1	SP
Gonal-f	E	SP
Gonal-f RFF	E	SP
Menopur	3	PA, SP
Ovidrel	3	SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Condiciones Inflammatorias		
Abrilada (preferido NDCs*)	2	PA, QL, SP
Actemra [†]	3	PA, QL, SP
Adalimumab-aacf	2	PA, QL, SP
Adalimumab-aaty	2	PA, QL, SP
Adalimumab-adaz	2	PA, QL, SP
Adalimumab-adbm (Behringer Ingelheim fabricante)	2	PA, QL, SP
Adalimumab-fkjp	2	PA, QL, SP
Adalimumab-ryvk	E	SP
Amjevita	E	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	2	PA, QL, SP
Hulio	E	SP
Humira	E	SP
Hydroxychloroquine	1	
Hyrmoz (Cordavis fabricante)	2	PA, QL, SP
Idacio	E	SP
Inflectra	3	PA, SP
Infliximab	2	PA, SP
Jylamvo	3	
Leflunomide	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
Methotrexate Sodium	1	
Olumiant	3	PA, QL, SP
Omvoth	2	PA, QL, SP
Orencia†	3	PA, QL, SP
Otezla	2	PA, QL, SP
Otrexup	E	
Plaquenil	E	
Rasuvo	2	PA, QL
Remicade	E	SP
Renflexis	3	PA, SP
Rinvoq	E	SP
Rinvoq LQ	E	SP
Scenesse	E	SP
Simlandi	2	PA, QL, SP
Simponi	2	PA, QL, SP
Simponi Aria	2	PA, SP
Skyrizi	E	SP
Sotyktu	2	PA, QL, SP
Stelara	E	SP
Taltz	2	PA, QL, SP
Tremfya	E	SP
Trexall	3	
Velsipity	E	SP
Xeljanz	2	PA, QL, SP
Xeljanz XR	2	PA, QL, SP
Yuflyma	E	SP
Yusimry	2	PA, QL, SP
Zymfentra	E	SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
*Consulte el portal de miembros para conocer el NDC preferido		
†Nivel 3 preferido		
Salud Masculina: Disfunción Eréctil		
Cialis	E	
Sildenafil 25mg, 50mg, 100mg	1	QL
Stendra	E	
Tadalafil	1	QL
Viagra	E	
Salud Masculina: Próstata		
Alfuzosin ER	1	
Avodart	E	
Cialis 2.5mg, 5mg	E	
Dutasteride	1	
Finasteride 5mg	1	
Flomax	E	
Tamsulosin	1	
Salud Masculina: Terapia de Testosterona		
Androgel	E	
Aveed	E	
Depo-Testosterone	E	
Jatenzo	E	
Natesto	E	
Testim	E	
Testopel	E	
Testosterone Cypionate IM Injection	1	
Testosterone Gel	1	
Tlando	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
Vogelxo	E	
Xyosted	E	
Misceláneos		
Adbry	2	PA, QL, SP
Alyglo	E	SP
Amondys 45	E	SP
Arakoda	3	
Asceniv	E	SP
Atovaquone/Proguanil	1	
Auvi-Q	3	
Benlysta	3	PA, SP
Benzonatate	1	
Besremi	E	SP
Bivigam	3	PA, SP
Bronchitol	E	SP
Buphenyl	E	SP
Cerdelga	3	PA, SP
Chlorhexidine Gluconate Mouth/Throat	1	
Cibinqo	2	PA, QL, SP
Cinryze	E	SP
Clarinet	E	
Clarinet-D	E	
Cuprimine	E	SP
Cutaquig	3	PA, SP
Cuvrior	3	SP
Depen Titratabs	2	SP
Desmopressin Acetate Tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Dojolvi	E	
Dupixent	2	PA, QL, SP
Dysport	2	PA
Elevidys	E	SP
Elfabrio	E	SP
Elmiron	E	
Emflaza	E	SP
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

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
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	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Pulmozyme	2	PA, SP
Qbrexza	3	QL
Ravicti	E	SP
Rayaldee	3	PA
Rezurock	E	SP
Ruconest	3	PA, SP
Sajazir	E	SP
Sandostatin	E	SP
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

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
Xphozah	E	SP
Zolgensma	3	SP
Musculoesquelético: Osteoartritis		
Durolane	2	PA
Euflexxa	2	PA
Gelsyn-3	2	PA
Gel-One	E	
Genvisc 850	E	
Hyalgan	E	
Hymovis	E	
Monovisc	E	
Orthovisc	E	
Supartz FX	E	
Synojynt	E	
Synvisc	E	
Synvisc-One	E	
Triluron	E	
TriVisc	E	
Visco-3	E	
Musculoesquelético: Osteoporosis		
Alendronate Tab	1	QL
Forteo	E	SP
Ibandronate	1	QL
Prolia	2	PA, QL, SP
Teriparatide (Recombinant)	2	PA, QL, SP
Tymlos	2	PA, SP
Musculoesquelético: Otro		
Amrix	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Baclofen Solution 5mg/5mL	E	
Baclofen Solution 10mg/5mL (Ozobax DS ABA)	E	
Baclofen Tab	1	
Carisoprodol	1	
Cyclobenzaprine Tab	1	
Fleqsuvy	E	
Lorzone	3	
Lyvispah	E	
Methocarbamol	1	
Ozobax DS	E	
Soma	E	
Tizanidine Tab	1	
Zanaflex	E	
Musculoesquelético: Alivio del Dolor		
Acetaminophen w/ Codeine	1	QL
Acetaminophen/Caffeine/Dihydrocodeine	1	QL
Apadaz	E	
Arthrotec	E	
Belbuca	2	PA, QL
Benzhydrocodone/Acetaminophen	E	
Butrans	E	
Cambia	E	
Celebrex	E	
Celecoxib	1	QL
Conzip	E	
Coxanto	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
Diclofenac Gel 1%	1	QL
Diclofenac Patch 1.3% (Flector ABA)	E	
Diclofenac Potassium Tab	1	
Diclofenac Sodium Tab	1	
Dilaudid Liquid, Tab	E	
Elyxyb	E	
Endocet	1	
Etodolac	1	
Fentanyl Citrate Buccal Tab (Fentora ABA)	E	
Fentora	E	
Fiorcet	E	
Fiorcet/Codeine	E	
Flector	E	
Hydrocodone/ Acetaminophen	1	QL
Hydromorphone Tab	1	QL
Hysingla ER	2	PA, QL
Ibuprofen Suspension 100mg/5mL (Rx only)	1	
Ibuprofen Tab (Rx only)	1	
Indomethacin Cap	1	
Ketorolac Tab	1	QL
Licart	E	
Lidocan	E	
Lidocaine Patch	1	
Lidoderm	E	
Meloxicam	1	
Morphine Sulfate ER	1	PA, QL

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
MS Contin	E	
Nabumetone	1	
Nalfon	E	
Naprelan	3	
Naproxen (Rx only)	1	
Norgesic	E	
Norgesic Forte	E	
Nucynta	E	
Nucynta ER	E	
Orphengestic Forte (Norgesic Forte ABA)	E	
Oxaprozin Cap (Coxanto ABA)	E	
Oxycodone w/ Acetaminophen	1	QL
Oxycodone ER (Oxycontin ABA)	E	
Oxycodone Powder	E	
Oxycodone Tab	1	QL
Oxycodone Tab 15mg (Roxybond ABA)	E	
Oxycontin	2	PA, QL
Pennsaid	E	
Percocet	E	
Qdolo	E	
Relafen DS	E	
Roxicodone	E	
Roxybond	E	
Seglentis	E	
Sprix	E	
Tramadol	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
Tramadol ER (Conzip ABA)	E	
Tramadol Solution (Qdolo ABA)	E	
Trezix	3	QL
Tridacaine II	E	
Tridacaine III	E	
Xtampza ER	2	PA, QL
Zipsor	E	
ZTlido	E	
Vejiga Hiperactiva		
Gemtesa	E	
Myrbetriq Suspension	E	
Myrbetriq Tab	2	
Oxybutynin	1	
Oxybutynin ER	1	
Solifenacin	1	
Tolterodine ER	1	
Toviaz	E	
Vesicare	E	
Vesicare LS	E	
Respiratorio: Asma / EPOC		
Advair Diskus	E	
Advair HFA	1	QL
AirDuo RespiClick	E	
Airsupra	2	QL
Albuterol HFA	1	QL
Albuterol HFA (Ventolin HFA ABA)	E	
Albuterol Inhalation Solution	1	QL

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Alvesco	E	
Anoro Ellipta	2	QL
Arnuity Ellipta	2	QL
Asmanex	E	
Asmanex HFA	E	
Atrovent HFA	3	QL
Bevespi Aerosphere	E	
Breo Ellipta	1	QL
Breyna	1	
Breztri Aerosphere	2	QL
Brovana	E	
Budesonide Inhalation Suspension	1	QL
Combivent Respimat	2	QL
Duaklir Pressair	E	
Dulera	E	
Fluticasone Furoate/ Vilanterol (Breo Ellipta ABA)	E	
Fluticasone Propionate Diskus (Flovent Diskus ABA)	E	
Fluticasone Propionate HFA (Flovent HFA ABA)	E	
Fluticasone/Salmeterol 100/50, 250/50, 500/50	1	
Fluticasone/Salmeterol 45/21, 115/21, 230/21 (Advair HFA ABA)	E	
Fluticasone/Salmeterol 55/14, 113/14, 232/14 (AirDuo RespiClick ABA)	E	
Incruse Ellipta	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
Ipratropium/Albuterol	1	QL
Levalbuterol HFA (Xopenex HFA ABA)	E	
Montelukast	1	
Perforomist	3	QL
ProAir RespiClick	E	
Proventil HFA	E	
Pulmicort Flexhaler	E	
Pulmicort Suspension	E	
Qvar RediHaler	2	QL
Serevent Diskus	2	QL
Singulair	E	
Spiriva HandiHaler	E	
Spiriva Respimat	2	QL
Stiolto Respimat	2	QL
Striverdi Respimat	2	QL
Symbicort	3	QL, ST
Tezspire	2	PA, QL, SP
Tiotropium Bromide Monohydrate	1	QL
Trelegy Ellipta	2	QL
Tudorza Pressair	E	
Ventolin HFA	E	
Wixela Inhub	1	QL
Xolair	2	PA, SP
Xopenex HFA	E	
Yupelri	3	QL
Respiratorio: Alergias Nasaes		
Azelastine Nasal Spray	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
Azelastine/Fluticasone Nasal Spray	1	QL
Dymista	2	QL
Fluticasone Propionate Nasal Spray (Rx only)	1	
Ipratropium Nasal Spray	1	
Mometasone Nasal Spray	1	QL
Omnaris	3	QL
QNasi	3	QL
QNasi Childrens	3	QL
Ryaltris	3	
Respiratorio: Alergias Orales		
Cetirizine Solution (Rx only)	1	
Cyproheptadine Tab	1	
Levocetirizine Tab (Rx only)	1	
Transplante		
Azathioprine Tab	1	
Mycophenolate Mofetil	1	
Tacrolimus Cap	1	
Vitaminas / Electrolitos		
Accrufer	E	
Auryxia	3	
Carnitor	E	
Carnitor SF	E	
Cyanocobalamin Injection 1000mcg/mL	1	
Cyanocobalamin Nasal Spray	1	
Ergocalciferol Cap	1	
Folic Acid 1mg Tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
K-Tab	E	
Klor-Con 10	1	
Klor-Con Extended Release	1	
Klor-Con m10, m15, m20	1	
Lokelma	3	
Nascobal	3	
Pokonza	E	
Potassium Chloride Crys ER	1	
Potassium Chloride ER	1	
Potassium Citrate ER	1	
Veltassa	3	
Vitamin D (ergocalciferol) (Rx only)	1	
Manejo de la Pérdida de Peso		
Adipex-P	E	
Contrave	E	
Imcivree	E	SP
Phentermine	1	PA
Qsymia	2	PA
Saxenda	2	PA
Wegovy	2	PA
Zepbound	2	PA
Salud de la Mujer: Control de la Natalidad		
Afirmelle	1	
Altavera	1	
Annovera	3	
Apri	1	
Ashlyna	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
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	
Balcoltra	3	
Beyaz	E	
Blisovi 24 Fe	1	
Blisovi Fe 1/20	1	
Blisovi Fe 1.5/30	1	
Briellyn	1	
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	
Enloring	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
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	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
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	
Lo Loestrin Fe	E	
Loestrin 1/20 (21)	E	
Loestrin 1.5/30 (21)	E	
Loestrin Fe 1/20	E	
Loestrin Fe 1.5/30	E	
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	

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
Microgestin Fe 1/20	1	
Microgestin Fe 1.5/30	1	
Mili	1	
Mirena	3	
Mono-Linyah	1	
Natazia	2	
Nextstellis	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	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol Triphasic	1	
Norlyroc	1	
Nymyo	1	
Ocella	1	
Phexxi	E	
Portia-28	1	
Reclipsen	1	
Rivelsa	1	
Safyral	E	
Setlakin	1	
Sharobel	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Simpesse	1	
Slynd	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	
Tri-Vylibra	1	
Tri-Vylibra Lo	1	
Turqoz	1	
Twirla	E	
Vestura	1	
Vienva	1	
Vylibra	1	
Xulane	1	
Yasmin 28	E	
Yaz	E	
Zafemy	1	
Zumandimine	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
Salud de la Mujer: Reemplazo Hormonal		
Bijuva	3	
Climara	E	
Climara Pro	2	
Delestrogen IM Injection	E	
Divigel	3	
Dotti	1	
Duavee	2	
Elestrin	3	
Endometrin	2	
Estrace	E	
Estradiol Patch, Tab, Vaginal Cream	1	
EstroGel	3	
Evamist	3	
Imvexxy	2	
Lyllana	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Medroxyprogesterone Acetate Tab	1	
Mimvey	1	
Myfembree	2	PA, QL
Premarin Tab, Vaginal Cream	2	
Premphase	2	
Prempro	2	
Progesterone Cap	1	
Prometrium	E	
Vagifem	E	
Vivelle-Dot	E	
Yuafem	1	
Salud de la Mujer: Antiinfecciosos Vaginales		
Clindesse	3	
Gynazole-1	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, 22
- Accu-Chek SoftClix Lancet Device Kit, 22
- Accutane, 8
- Acetaminophen w/ Codeine, 34
- Acetaminophen/Caffeine/ Dihydrocodeine, 34
- Aciphex, 28
- 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, 32
- Adcirca, 15
- Adderall, 16
- Adempas, 15
- Adipex-P, 38
- Adlarity, 15
- Admelog, 23
- Admelog SoloStar, 23
- Aduhelm, 15
- Advair Diskus, 36
- Advair HFA, 36
- Advate, 9
- Adynovate, 9
- Adzenys XR-ODT, 16
- Afinitor, 10
- Afinitor Disperz, 10
- Afirmelle, 38
- Afstyla, 9
- Aimovig, 17
- AirDuo RespiClick, 36
- Airsupra, 36
- Ajovy, 17
- Akeega, 10
- Aklief, 20
- Ala Scalp, 20
- Ala-Cort, 20
- Albuterol HFA, 36
- Albuterol HFA (Ventolin HFA ABA), 36
- Albuterol Inhalation Solution, 36
- Alecensa, 10
- Alendronate Tab, 34
- 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, 27
- Alprazolam Tab, 18
- Alprolix, 9
- Altace, 12
- Altavera, 38
- Altuviiio, 9
- Alunbrig, 10
- Alvesco, 36
- Alyglo, 32
- Alymsys, 30
- Ambien, 19
- Ambien CR, 19
- Amiodarone, 14
- Amitiza, 29
- Amitriptyline, 16
- Amjevita, 30
- Amlodipine, 12
- Amlodipine/Benazepril, 12
- Amlodipine/Olmesartan, 12
- Amlodipine/Valsartan, 12
- Amnesteem, 8
- Amondys 45, 32
- Amoxicillin, 8
- Amoxicillin/Clavulanate, 8
- Amphetamine/ Dextroamphetamine 3-Bead ER, 16
- Amphetamine/ Dextroamphetamine, 16
- Amphetamine/ Dextroamphetamine ER, 16
- Ampyra, 17
- Amrix, 34
- Amzeeq, 20
- Anastrozole Tab, 10
- Androgel, 31
- Annovera, 38
- Anoro Ellipta, 36
- Apadaz, 34
- Apexicon E, 20
- Apidra SoloStar, 23
- Apidra Vials, 23
- Apretude, 30
- Apri, 38
- Apriso, 28
- Aptiom, 19
- Arakoda, 32
- Aranesp, 9
- Arazlo, 20
- Arimidex, 10
- Aripiprazole, 15
- Aristada, 15
- Aristada Inicio, 15
- Armodafinil, 18
- Armour Thyroid, 26
- Arnuity Ellipta, 36
- Arthrotec, 34
- Asceniv, 32
- Ashlyna, 38
- Asmanex, 36
- Asmanex HFA, 36
- Aspruzo Sprinkle, 14
- Atacand, 12
- Atenolol, 12
- Atenolol/Chlorthalidone, 12
- Ativan Tab, 18
- Atomoxetine, 16
- Atorvaliq, 14
- Atorvastatin, 14
- Atovaquone/Proguanil, 32
- Atrovent HFA, 36
- Aubagio, 17
- Auba EQ, 38
- Augtyro, 10
- Aurovela 1.5/30, 38
- Aurovela 1/20, 38
- Aurovela 24 Fe, 38
- Aurovela Fe 1.5/30, 38
- Aurovela Fe 1/20, 38
- Auryxia, 37
- Austedo, 18
- Austedo XR, 18
- Auvelity, 16
- Auvi-Q 0.1mg, 32
- Avapro, 12
- Avastin, 10
- Aveed, 31
- Aviane, 38
- Avidoxy, 8
- Avodart, 31
- Avonex, 17
- Avsola, 30
- Ayuna, 38
- Azasite, 26
- Azathioprine Tab, 37
- Azelaic Acid Gel, 20
- Azelastine Nasal Spray, 37
- Azelastine/Fluticasone Nasal Spray, 37
- Azithromycin, 8
- Azopt, 27
- Azor, 12
- Azstarys, 16

B

- Bac, 17
- Baclofen Solution 10mg/5mL (Ozobax DS ABA), 34
- Baclofen Solution 5mg/5mL, 34
- Baclofen Tab, 34
- Bafiertam, 17
- Balcoltra, 38
- Baqsimi, 24
- Baraclude Tab, 9
- Basaglar KwikPen, 23
- Basaglar Tempo Pen, 23
- BD Ultra-Fine Insulin Syringes, 22
- BD Ultra-Fine Pen Needles, 22
- Belbuca, 34
- Belrapzo, 10
- Belsomra, 19
- Benazepril, 12
- Bendamustine (Apotex, Baxter fabricante), 10
- Benicar, 12
- Benicar HCT, 12
- Benlysta, 32
- Benzamycin, 20
- Benzhydrocodone/ Acetaminophen, 34
- Benzonatate, 32

Benzotropine, 18
 Beovu, 27
 Bepreve, 27
 Besivance, 26
 Besremi, 32
 Betamethasone Cream, 20
 Betamethasone Cream,
 Ointment, 20
 Betaseron, 18
 Bethkis, 8
 Betimol, 27
 Bevespi Aerosphere, 36
 Bexagliflozin (Brenzavvy
 ABA), 24
 Beyaz, 38
 Bijuva, 41
 Biktarvy, 30
 Bimzelx, 30
 Bisoprolol, 12
 Bisoprolol/HCTZ, 12
 Bivigam, 32
 Blisovi 24 Fe, 38
 Blisovi Fe 1.5/30, 38
 Blisovi Fe 1/20, 38
 Brenzavvy, 24
 Breo Ellipta, 36
 Brexafemme, 9
 Breyana, 36
 Breztri Aerosphere, 36
 Briellyn, 38
 Brilinta, 12
 Brimonidine Ophthalmic, 27
 Brimonidine/Timolol
 Ophthalmic, 27
 Briviact, 19
 Brixadi, 8
 Bromsite, 27
 Bronchitol, 32
 Brovana, 36
 Budesonide Cap, Tab, 28
 Budesonide Inhalation
 Suspension, 36
 Bumetanide, 12
 Buphenyl, 32
 Buprenorphine, 8
 Buprenorphine SL, 8
 Buprenorphine/Naloxone, 8
 Bupropion, 16
 Bupropion SR, 16
 Bupropion XL 450mg (Forfivo XL
 ABA), 16
 Buspirone, 18
 Butalbital/Acetaminophen/
 Caffeine, 17
 Butrans, 34
 Bydureon, 24
 Bydureon BCise, 24
 Byetta, 24

Byooviz, 27
 Bystolic, 12

C
 Cabenuva, 30
 Cabergoline, 25
 Cabometyx, 10
 Cabtreo, 20
 Calcipotriene Foam (Sorilux
 ABA), 20
 Calcitriol Cap, 25
 Calquence, 11
 Cambia, 34
 Camila, 38
 Camrese, 38
 Camrese Lo, 38
 Camzyos, 14
 Canasa, 28
 Candesartan, 12
 Capecitabine, 11
 Carafate Tab, 28
 Carbatrol, 19
 Carbidopa-Levodopa, 19
 Cardizem LA, 12
 Carisoprodol, 34
 Carnitor, 37
 Carnitor SF, 37
 Cartia XT, 12
 Carvedilol, 12
 Catapres-TTS, 12
 Cayston, 8
 Cefadroxil, 8
 Cefdinir, 8
 Cefpodoxime, 8
 Cefuroxime, 8
 Celebrex, 34
 Celecoxib, 34
 Celexa, 16
 Cephalixin, 8
 Cequa, 27
 Cequr Simplicity 2U, 22
 Cequr Simplicity Insert, 22
 Cerdelga, 32
 Cetirizine Solution (Rx only), 37
 Cetrotide, 30
 Chateal EQ, 38
 Chlorhexidine Gluconate
 Mouth, 32
 Chlorthalidone, 12
 Cialis, 31
 Cialis 2.5mg, 5mg, 31
 Cibinqo, 32
 Ciclodan, 9
 Ciclopirox Solution, 20
 Cimduo, 30
 Cimzia, 30
 Cinryze, 32

Ciprofloxacin Ophthalmic, 26
 Ciprofloxacin Tab, 8
 Ciprofloxacin/Dexamethasone
 Otic, 8
 Citalopram Cap, 16
 CitalopramTab, 16
 Claravis, 8
 Clarinex, 32
 Clarinex-D, 32
 Clarithromycin Tab, 8
 Clenpiq, 29
 Cleocin Vaginal Cream,
 Suppository, 8
 Climara, 41
 Climara Pro, 41
 Clindacin ETZ Swab, 20
 Clindacin-P, 20
 Clindagel, 20
 Clindamycin Cap, 8
 Clindamycin Gel, Lotion,
 Solution, Swab, 20
 Clindamycin/Benzoyl Peroxide
 Gel 1-5%, 1.2-2.5%, 20
 Clindesse, 41
 Clobetasol Cream, Ointment,
 Solution, 20
 Clobex, 20
 Cloderm, 20
 Clonazepam, 19
 Clonidine Tab, 12
 Clopidogrel, 12
 Clotrimazole Cream, 9
 Colchicine Tab, 29
 Colestid, 14
 Combigan, 27
 Combivent Respimat, 36
 Conjupri, 12
 Constulose, 29
 Contour Next EZ Kit w/
 Device, 22
 Contour Next Gen Monitor, 22
 Contour Next Gen Test
 Strips, 22
 Contour Next Monitor Kit
 w/Device, 22
 Contour Next One Kit, 22
 Contour Test Strips, 22
 Contrave, 38
 Conzip, 34
 Copaxone 20mg/mL, 18
 Copaxone 40mg/mL, 18
 Cordran Tape, 21
 Coreg, 13
 Coreg CR, 13
 Corlanor, 14
 Cortef, 25
 Cortifoam, 28
 Cortisone Tab, 25
 Cortrophin, 25
 Cosela, 11
 Cosentyx, 30
 Cosopt, 27
 Cosopt PF, 27
 Cotellic, 11
 Cotempla XR-ODT, 16
 Coxanto, 34
 Cozaar, 13
 Creon, 29
 Cresemba, 9
 Crestor, 14
 Crystelle-28, 38
 Cuprimine, 32
 Cutaquig, 32
 Cuvrior, 32
 Cyanocobalamin Injection
 1000mcg/mL, 37
 Cyanocobalamin Nasal
 Spray, 37
 Cyclobenzaprine Tab, 34
 Cyclosporine Ophthalmic, 27
 Cyltezo, 30
 Cymbalta, 16
 Cyproheptadine Tab, 37
 Cyred EQ, 38
 Cytomel, 26

D
 Dalfampridine ER, 18
 Dapagliflozin (Farxiga ABA), 24
 Dapagliflozin/Metformin ER
 (Xigduo XR ABA), 24
 Darzalex Faspro, 11
 Daybue, 18
 Daysee, 38
 Daytrana, 16
 Dayvigo, 19
 Deblitane, 38
 Delestrogen IM Injection, 41
 Delyla, 38
 Delzicol, 28
 Depakote, 19
 Depakote ER, 19
 Depakote Sprinkles, 19
 Depen Titratabs, 32
 Depo-Testosterone, 31
 Descovy, 30
 Desmopressin Acetate Tab, 32
 Desonide Cream, 21
 Desvenlafaxine ER, 16
 Dexamethasone Tab, 26
 Dexcom G6 Receiver, Sensor,
 Transmitter, 22
 Dexcom G7 Receiver,
 Sensor, 22
 Dexilant, 28

Dexlansoprazole, 28		Estraylla, 39	Fludrocortisone Acetate Tab, 26
Dexamethylphenidate, 16		Estrace, 41	Fluocinonide Cream,
Dexamethylphenidate ER, 16		Estradiol Patch, Tab, Vaginal	Solution, 21
Dhivy, 19		Cream, 41	Fluorouracil Cream, 21
Diazepam Tab, 18		Estradiol/Norethindrone	Fluoxetine, 16
Diclofenac Gel 1%, 35		Acetate, 39	Fluticasone Furoate/ Vilanterol
Diclofenac Patch 1.3% (Flector		EstroGel, 41	(Breo Ellipta ABA), 36
ABA), 35		Eszopiclone, 19	Fluticasone Propionate Diskus
Diclofenac Potassium Tab, 35		Etodolac, 35	(Flovent Diskus ABA), 36
Diclofenac Sodium Tab, 35		Etonogestrel/Ethinyl	Fluticasone Propionate HFA
Dicyclomine, 29		Estradiol, 39	(Flovent HFA ABA), 36
Differin Cream, Gel, Lotion, 21		Eucrisa, 21	Fluticasone Propionate Nasal
Dificid, 8		Euflexxa, 34	Spray (Rx only), 37
Digoxin, 14		Euthyrox, 26	Fluticasone/Salmeterol 100/50,
Dilantin Capsule 100mg, 19		Evamist, 41	250/50, 500/50, 36
Dilantin Infatabs, 19		Evekeo, 16	Fluticasone/Salmeterol 45/21,
Dilantin Suspension, 19		Eversense E3 Sensor/	115/21, 230/21 (Advair HFA
Dilaudid Liquid, Tab, 35		Holder/Smart Transmitter, 22	ABA), 36
Diltiazem ER, 13		Eversense Sensor/Holder/Smart	Fluticasone/Salmeterol 55/14,
Dimethyl Fumarate, 18		Transmitter, 22	113/14, 232/14 (AirDuo
Diovan, 13		Exforge, 13	RespiClick ABA), 36
Diovan HCT, 13		Exforge HCT, 13	Fluvoxamine, 17
Dipentum, 28		Exondys 51, 32	Focalin, 16
Diphenoxylate/Atropine, 29		Exservan, 18	Focalin XR, 16
Divalproex DR, 19		Extavia, 18	Folic Acid 1mg Tab, 37
Divalproex ER, 19		Eysuvis, 27	Follistim AQ, 30
Divigel, 41		Ezetimibe, 14	Forfivo XL, 17
Dojolvi, 32			Forteo, 34
Donepezil, 15			Fotivda, 11
Doptelet, 9			FreeStyle Libre 14 Day Reader,
Doryx, 8			Sensor, 22
Doryx MPC, 8			FreeStyle Libre 2 Reader,
Dorzolamide/Timolol			Sensor, 22
Ophthalmic, 27			FreeStyle Libre 3 Plus
Dorzolamide/Timolol Ophthalmic			Sensor, 22
PF, 27			FreeStyle Libre 3 Reader,
Dotti, 41			Sensor, 22
Dovato, 30			Fulphila, 10
Doxazosin, 13			Furoscix, 13
Doxepin, 16			Furosemide, 13
Doxycycline Hyclate, 8			Fycompa, 19
Doxycycline Hyclate DR Tab			Fynetra, 10
80mg, 8			
Doxycycline Monohydrate, 8			
Drospirenone/Ethinyl			
Estradiol, 38			
Duaklir Pressair, 36			
Duavee, 41			
Duexis, 28			
Dulera, 36			
Duloxetine, 16			
Duobrii, 21			
Dupixent, 32			
Durolane, 34			
Dutasteride, 31			
Dyanavel XR, 16			
Dymista, 37			
Dysport, 32			
	E		F
	Edarbi, 13		Fabhalta, 10
	Edarbyclor, 13		Fabior, 21
	Effexor XR, 16		Fabrazyme, 32
	Elepsia XR, 19		Falmina, 39
	Elestrin, 41		Famotidine (Rx only), 28
	Eletriptan, 17		Farxiga, 24
	Elevidys, 32		Fasenra, 32
	Elfabrio, 32		Fasenra Pen, 32
	Elidel, 21		Fenofibrate, 14
	Elineest, 38		Fenofibrate Micronized, 14
	Eliquis, 12		Fentanyl Citrate Buccal Tablet
	Elmiron, 32		(Fentora ABA), 35
	Eloctate, 9		Fentora, 35
	Eluryng, 38		Fiasp, 23
	Elyxyb, 35		Fiasp FlexTouch, 23
	Emflaza, 32		Fiasp Penfill, 23
	Emgality 100mg/mL, 17		Finacea Foam, 21
	Emgality 120mg/mL, 17		Finasteride 5mg, 31
	Empaveli, 9		Fiorcet, 35
	Emtricitabine/Tenofovir		Fioricet/Codeine, 35
	Disoproxil Fumarate, 30		Firazyr, 32
	Emverm, 32		Firdapse, 32
	Emzahn, 38		Flarex, 27
	Enalapril, 13		Flecainide, 14
	Enbrel, 30		Flector, 35
	Endari, 32		Fleqsuvy, 34
	Endocet, 35		Flomax, 31
	Endometrin, 41		Fluconazole, 9
	Eniloring, 38		
	Enlite Glucose Sensor, 22		
	Enoxaparin, 12		
	Enskyce, 39		
	Enstilar, 21		
	Entresto, 14		
	Entyvio, 30		
	Epclusa, 9		
	Epidiolex, 19		
	Epiduo, 21		
	Epiduo Forte, 21		
	Epinephrine Auto-Injector, 32		
	Epipen, 32		
	Epipen Jr, 32		
	Epogen, 9		
	Eprontia, 19		
	Epsolay, 21		
	Ergocalciferol Cap, 37		
	Erivedge, 11		
	Erleada, 11		
	Ermeza, 26		
	Errin, 39		
	Erythromycin Ophthalmic, 26		
	Esbriet, 32		
	Escitalopram Tab, 16		
	Esomeprazole Magnesium (Rx		
	only), 28		
	Esperoct, 10		

Genvisc 850, 34
 Gilenya 0.5mg Cap, 18
 Gimoti, 28
 Glatiramer Acetate, 18
 Glatopa, 18
 Gleevec, 11
 Glimepiride, 24
 Glipizide, 24
 Glipizide ER, 24
 Glipizide XL, 24
 Gloperba, 30
 Glucagon Emergency Kit
 (Fresenius fabricante), 24
 Glumetza, 24
 Glyburide, 24
 Glycopyrrolate Tab 1mg,
 2mg, 29
 Glyxambi, 24
 Gocovri, 19
 Golytely, 29
 Gonal-f, 30
 Gonal-f RFF, 30
 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, 24
 Gvoke Kit, 24
 Gvoke PFS, 24
 Gynazole-1, 41

H

Hadlima, 30
 Haegarda, 32
 Hailey 1.5/30, 39
 Hailey 24 Fe, 39
 Hailey Fe 1.5/30, 39
 Hailey Fe 1/20, 39
 Haloette, 39
 Halog Cream, Ointment, 21
 Harvoni, 9
 Heather, 39
 Hemady, 26
 Hemangeol, 32
 Herceptin, 11
 Herzuma, 11
 Hetlioz, 32
 Hetlioz 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, 34
 Hydralazine, 13
 Hydrochlorothiazide, 13
 Hydrocodone/
 Acetaminophen, 35
 Hydrocortisone (Perianal), 28
 Hydrocortisone Cream,
 Ointment, 21
 Hydrocortisone Tab, 26
 Hydromorphone Tab, 35
 Hydroxychloroquine, 30
 Hydroxyzine HCL, 18
 Hydroxyzine Pamoate, 18
 Hyftor, 21
 Hymovis, 34
 Hyoscyamine Sulfate SL, 29
 Hyoscyamine Sulfate Tab, 29
 Hyrimoz, 30
 Hysingla ER, 35
 Hyzaar, 13

I

Ibandronate, 34
 Ibrance, 11
 Ibsrela, 29
 Ibuprofen Suspension
 100mg/5mL (Rx only), 35
 Ibuprofen Tab (Rx only), 35
 Ibuprofen/Famotidine, 28
 Iclevia, 39
 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, 21
 Imitrex, 17
 Imitrex Statdose, 17
 Impoz, 21
 Invexxy, 41
 Inbrija, 19
 Incassia, 39
 Incivree, 38
 Incruse Ellipta, 36
 Inderal LA, 13
 Inderal XL, 13
 Indomethacin Cap, 35
 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, 24
 Intuniv, 16
 Invega Hafyera, 15
 Invega Sustenna, 15
 Invega Trinza, 15
 Inveltys, 27
 Invokamet, 24, 25
 Invokamet XR, 25
 Invokana, 25
 Ipratropium Nasal Spray, 37
 Ipratropium/Albuterol, 37
 Irbesartan, 13
 Irbesartan/HCTZ, 13
 Isibloom, 39
 Isosorbide Mononitrate ER, 14
 Isotretinoin, 8

Isturisa, 26
 Iyuzeh, 27

J

Jaimiess, 39
 Jantoven, 12
 Janumet, 25
 Janumet XR, 25
 Januvia, 25
 Jardiance, 25
 Jasmiel, 39
 Jatenzo, 31
 Javygtor, 10
 Jencycla, 39
 Jentadueto, 25
 Jentadueto XR, 25
 Jesduvroq, 10
 Jivi, 10
 Joenja, 32
 Jolessa, 39
 Jornay PM, 16
 Jublia, 9
 Juleber, 39
 Juluca, 30
 Junel, 39
 Junel 1.5/30, 39
 Junel 1/20, 39
 Junel Fe 1.5/30, 39
 Junel Fe 1/20, 39
 Junel Fe 24, 39
 Jylamvo, 30
 Jynarque, 32

K

Kalliga, 39
 Kanjinti, 11
 Kapsargo Sprinkle, 13
 Katerzia, 13
 Kenalog Spray, 21
 Kenalog-40, 26
 Keppra, 19
 Keppra XR, 19
 Kerendia, 32
 Kesimpta, 18
 Ketoconazole Cream,
 Shampoo, 21
 Ketorolac Ophthalmic, 27
 Ketorolac Tab, 35
 Kisqali, 11
 Kitabis, 8
 Klayesta, 21
 Klisyri, 21
 Klonopin, 19
 Klor-Con 10, 38
 Klor-Con Extended Release, 38
 Klor-Con m10, m15, m20, 38

Kloxxado, 8
 Koate, 10
 Kogenate FS, 10
 Konvomep, 28
 Koselugo, 11
 Kovaltry, 10
 K-Tab, 38
 Kurvelo, 39
 Kuvan, 33

L
 Labetalol, 13
 Lacosamide, 19
 Lactulose, 29
 Lamictal, 19
 Lamictal ODT, 19
 Lamictal Starter Kit, 19
 Lamictal XR, 19
 Lamotrigine, 19
 Lamotrigine ER, 19
 Lanreotide, 26
 Lansoprazole (Rx only), 28
 Lantus Solostar, 24
 Lantus U-100 Vials, 24
 Larin 1.5/30, 39
 Larin 1/20, 39
 Larin 24 Fe, 39
 Larin Fe 1.5/30, 39
 Larin Fe 1/20, 39
 Lasix, 13
 Latanoprost Ophthalmic, 27
 Latisse, 27
 Latuda, 15
 Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni ABA), 9
 Leflunomide, 30
 Lenalidomide, 11
 Leqembi, 15
 Leqvio, 14
 Lescol XL, 14
 Lessina, 39
 Letairis, 15
 Letrozole, 11
 Levalbuterol HFA (Xopenex HFA ABA), 37
 Levamlodipine (Conjupri ABA), 13
 Levemir U-100 Vials and FlexPen, 24
 Levemir Vials and KwikPen, 24
 Levetiracetam, 19
 Levocetirizine Tab (Rx only), 37
 Levofloxacin Tab, 8
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol, 39
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol 91-day, 39

Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol and Ethinyl Estradiol, 39
 Levora-28 0.15/30, 39
 Levo-T, 26
 Levothyroxine Cap (Tirosint ABA), 26
 Levothyroxine Tab, 26
 Levoxyl, 26
 Lexapro, 17
 Lexette, 21
 Lialda, 28
 Licart, 35
 Lidocaine Mouth/Throat, 33
 Lidocaine Ointment, 21
 Lidocaine Patch, 35
 Lidocaine Viscous, 33
 Lidocaine/Prilocaine Cream, 21
 Lidocan, 35
 Lidoderm, 35
 Likmez, 8
 Linzess, 29
 Liothyronine, 26
 Lipitor, 14
 Lisdexamfetamine, 16
 Lisinopril, 13
 Lisinopril/HCTZ, 13
 Litfulo, 33
 Lithium, 18
 Lithium ER, 18
 Livalo, 14
 Livmarli, 33
 Lo Loestrin Fe, 39
 Lodoco, 30
 Loestrin, 39
 Loestrin 1.5/30 (21), 39
 Loestrin 1/20 (21), 39
 Loestrin Fe 1.5/30, 39
 Loestrin Fe 1/20, 39
 Lojaimiess, 39
 Lokelma, 38
 Lorazepam Tab, 18
 Loreev XR, 18
 Loryna, 39
 Lorzone, 34
 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, 27
 Lumryz, 18
 Lunesta, 19

Lupkynis, 33
 Lupron Depot 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg, 26
 Lupron Depot-Ped, 26
 Lurasidone, 15
 Lutera, 39
 Lybalvi, 15
 Lyleq, 39
 Lyllana, 41
 Lynparza, 11
 Lyrica, 19
 Lyrica CR, 19
 Lyumjev Tempo Pen, 24
 Lyvispah, 34
 Lyza, 39

M

Marlissa, 39
 Mavenclad, 18
 Mavyret, 9
 Maxalt, 17
 Maxalt-MLT, 17
 Mayzent, 18
 Meclizine, 28
 Medroxyprogesterone Acetate Injection, 39
 Medroxyprogesterone Acetate Tab, 41
 Mekinist, 11
 Meloxicam, 35
 Memantine, 15
 Menopur, 30
 Mesalamine DR, 28
 Mesalamine ER 0.375gm, 28
 Metadate CD, 16
 Metformin, 25
 Metformin 500mg, 850mg, 1000mg, 25
 Metformin 625mg, 25
 Metformin ER, 25
 Metformin ER Modified Release (generic Glumetza), 25
 Metformin ER Osmotic (generic Fortamet), 25
 Methimazole, 26
 Methocarbamol, 34
 Methotrexate Sodium, 31
 Methylphenidate CD, 16
 Methylphenidate ER, 16
 Methylphenidate LA, 16
 Methylphenidate OSM, 16
 Methylphenidate Tab, 16
 Methylphenidate XR, 16
 Methylprednisolone Tab, 26
 Metoclopramide, 28
 Metoprolol Succinate ER, 13
 Metoprolol Tartrate, 13

 Metrogel, 21
 Metronidazole Cream, Gel, 21
 Metronidazole Tab, 8
 Metronidazole Vaginal Gel, 41
 Micardis, 13
 Micardis HCT, 13
 Microgestin 1.5/30, 39
 Microgestin 1/20, 39
 Microgestin 24 Fe, 39
 Microgestin Fe 1.5/30, 40
 Microgestin Fe 1/20, 40
 Miebo, 27
 Mili, 40
 Mimvey, 41
 Minocycline Cap, 8
 Minolira, 8
 Minoxidil, 13
 Mirena, 40
 Mirtazapine, 17
 Mirvaso, 21
 Misoprostol, 28
 Mitigare, 30
 Modafinil, 18
 Mometasone Cream, Ointment, 21
 Mometasone Nasal Spray, 37
 Mondoxyn NL, 8
 Mono-Linyah, 40
 Monovisc, 34
 Montelukast, 37
 Morphine Sulfate ER, 35
 Motegrity, 29
 Motofen, 29
 Motpoly XR, 20
 Mounjaro, 25
 Movantik, 29
 Moviprep, 29
 Moxifloxacin Ophthalmic, 26
 MS Contin, 35
 Multaq, 14
 Mupirocin Ointment, 21
 Mvasi, 11
 Mycapssa, 26
 Mycophenolate Mofetil, 37
 Mydayis, 16
 Myfembree, 41
 Myobloc, 33
 Myrbetriq Suspension, 36
 Myrbetriq Tab, 36

N
 Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulfate, 29
 Nabumetone, 35
 Nadolol, 13
 Nalfon, 35
 Naloxone Nasal Spray, 8

Naltrexone Tab, 8	Nortriptyline, 17	Omeprazole (Rx only), 28	Oxycodone Powder, 35
Namzaric, 15	Norvasc, 13	Omeprazole/Sodium Bicarbonate, 28	Oxycodone Tab, 35
Naprelan, 35	Novoeight, 10	Omnaris, 37	Oxycodone Tab 15mg (Roxybond ABA), 35
Naproxen (Rx only), 35	Novofine Pen Needles, 22	Omnipod 5 G6 Intro (Gen 5), 22	Oxycodone w/ Acetaminophen, 35
Naratriptan, 17	Novofine Plus Pen Needles, 22	Omnipod 5 G6 Pods (Gen 5), 22	Oxycontin, 35
Nascobal, 38	Novolin 70/30 Relion Vials and FlexPen, 24	Omnipod Classic Pods (Gen 3), 22	Ozempic, 25
Natazia, 40	Novolin 70/30 Vials and FlexPen, 24	Omnipod Dash Intro (Gen 4), 22	Ozobax DS, 34
Natesto, 31	Novolin N Relion Vials and FlexPen, 24	Omnipod Dash Pods (Gen 4), 22	
Natroba, 21	Novolin N Vials and FlexPen, 24	Omnitrope, 25	P
Nayzilam, 20	Novolin R Relion Vials and FlexPen, 24	Omvo, 31	Palforzia, 33
Nebivolol, 13	Novolin R Vials and FlexPen, 24	Ondansetron, 29	Palynziq, 10
Neomycin/Polymyxin/ HC Otic, 8	Novolog FlexPen, 24	Ondansetron ODT, 28	Pancreaze, 29
Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone Ophthalmic Ointment, Suspension, 27	Novolog Mix 70/30 Vials and FlexPen, 24	OneTouch Ultra 2 Kit w/ Device, 23	Pandel, 21
Neulasta, 10	Novolog Penfill, 24	OneTouch Ultra Test Strips, 23	Panretin, 11
Neulasta Onpro, 10	Novolog Relion Mix 70/30 Vials and FlexPen, 24	OneTouch Verio Flex System, 23	Pantoprazole, 28
Neupogen, 10	Novolog Relion Vials and FlexPen, 24	OneTouch Verio Kit w/ Device, 23	Panzyga, 33
Neupro, 19	Novolog U-100 Vials, 24	OneTouch Verio Reflect Kit w/ Device, 23	Paroxetine Tab, 17
Neurontin, 20	NP Thyroid, 26	Onexton, 21	Paxil CR, 17
Nevanac, 27	Nubeqa, 11	Onfi, 20	Paxil Tab, 17
Nexium Cap, 28	Nucala, 33	Ongentys, 19	Paxlovid, 9
Nexletol, 14	Nucynta, 35	Onglyza, 25	PEG 3350-KCl-Na Bicarb-NaCl, 29
Nexlizet, 14	Nucynta ER, 35	Ontruzant, 11	PEG-3350/Electrolytes, 29
Nextstellis, 40	Nurtec, 17	Onzetra Xsail, 17	Pemazyre, 11
Ngenla, 25	Nutropin AQ NuSpin, 25	Opsumit, 15	Penicillamine Cap, 33
Nifedipine ER, 13	Nuvessa, 9	Opvee, 8	Penicillin VK, 9
Nifedipine ER Osmotic, 13	Nuvigil, 18	Opzelura, 21	Pennsaid, 35
Nikki, 40	Nuwiq, 10	Oracea, 8	Pentasa, 28
Nitrofurantoin Macrocrystals, 9	Nuzyra, 9	Orencia, 31	Percocet, 35
Nitrofurantoin Monohydrate Macrocrystals, 9	Nyamyc, 9	Orenitram, 15	Perforomist, 37
Nitrofurantoin Suspension 50mg/mL, 9	Nymyo, 40	Orfadin, 33	PerioGard, 33
Nitroglycerin SL, 14	Nystatin Cream, Ointment, 21	Orgovyx, 11	Perseris, 15
Nitrostat, 14	Nystatin Mouth/Throat, 9	Oriahnn, 33	Pertzze, 29
Niva Thyroid, 26	Nystop, 9	Orilissa, 33	Pheburane, 33
Nivestym, 10	Nyvepria, 10	Orladeyo, 33	Phenazo 200mg Tab, 33
Noodurna, 33		Orphengesic Forte (Norgesic Forte ABA), 35	Phenazopyridine (Rx only), 33
Nora-BE, 40	O	Orthovisc, 34	Phentermine, 38
Norditropin FlexPro, 25	Ocella, 40	Oseltamivir Phosphate Cap, 9	Phesgo, 11
Norelgestromin/Ethinyl Estradiol, 40	Odomzo, 11	Osmolex ER, 19	Phexxi, 40
Norethindrone, 40	Ofev, 33	Osphena, 26	Pioglitazone, 25
Norethindrone Acetate, 40	Ofloxacin Ophthalmic, 26	Otezla, 31	Piqray, 11
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol, 40	Ofloxacin Otic, 9	Otrexup, 31	Plaquenil, 31
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Fe, 40	Ogivri, 11	Ovidrel, 30	Plavix, 12
Norgesic, 35	Ojjaara, 11	Oxaprozin Cap (Coxanto ABA), 35	Plegridy, 18
Norgesic Forte, 35	Olanzapine, 15	Oxbryta, 33	Plenvu, 29
Norgestimate/Ethinyl Estradiol, 40	Olmesartan, 13	Oxcarbazepine, 20	Pokonza, 38
Norgestimate/Ethinyl Estradiol Triphasic, 40	Olmesartan/HCTZ, 13	Oxtellar XR, 20	Polymyxin-B/Trimethoprim Ophthalmic, 26
Noritane, 21	Olpruva, 33	Oxybutynin, 36	Pomalyst, 11
Norliqva, 13	Olumiant, 31	Oxybutynin ER, 36	Ponvory, 18
Norlyroc, 40	Omeclamox-Pak, 29	Oxycodone ER (Oxycontin ABA), 35	Portia-28, 40
	Omega-3 Acid, 14		Potassium Chloride Crys ER, 38
			Potassium Chloride ER, 38
			Potassium Citrate ER, 38
			Praluent, 14

Pramipexole, 19
 Prasugrel, 12
 Pravastatin, 14
 Prazosin, 13
 Pred Forte, 27
 Prednisolone, 26
 Prednisolone Ophthalmic, 27
 Prednisolone Sodium Phosphate Solution, 26
 Prednisone, 26
 Pregabalin, 20
 Premarin Tab, Vaginal Cream, 41
 Premphase, 41
 Prempro, 41
 Prevacid, 28
 Prevacid SoluTab, 28
 Prezcobix, 30
 Primidone, 20
 Pristiq, 17
 Privigen, 33
 ProAir RespiClick, 37
 Prochlorperazine, 29
 Procrit, 10
 Proctofoam-HC, 28
 Procto-Med HC, 28
 Proctosol HC, 28
 Proctozone-HC, 28
 Progesterone Cap, 41
 Prolensa, 27
 Prolia, 34
 Promacta, 10
 Promethazine, 33
 Promethazine DM, 33
 Prometrium, 41
 Propecia, 33
 Propranolol, 13
 Propranolol ER, 13
 Protonix Tab, 28
 Proventil HFA, 37
 Provigil, 18
 Prozac, 17
 Pseudoephedrine/
 Brompheniramine/DM, 33
 Pulmicort Flexhaler, 37
 Pulmicort Suspension, 37
 Pulmozyme, 33
 Pylera, 29

Q

Qbrexza, 33
 Qdolo, 35
 Qelbree, 16
 QNasl, 37
 QNasl Childrens, 37
 Qsymia, 38
 Qtern, 25

Qudexy XR, 20
 Questran, 14
 Questran Light, 14
 Quetiapine, 15
 Quetiapine ER, 15
 Quillichew ER, 16
 Quillivant XR, 16
 Qulipta, 17
 Quviviq, 19
 Qvar RediHaler, 37

R

Rabeprazole, 28
 Rabeprazole Sprinkle (Aciphex Sprinkle ABA), 28
 Radicava ORS, 18
 Ramipril, 13
 Ranolazine ER, 14
 Rasuvo, 31
 Ravicti, 33
 Rayaldee, 33
 Rayos, 26
 Rebif, 18
 Rebinyn, 10
 Rebyota, 29
 Reclipsen, 40
 Recombinate, 10
 Recorlev, 26
 Relafen DS, 35
 Releuko, 10
 Relistor, 29
 Relpax, 17
 Reltone, 29
 Remicade, 31
 Remodulin, 15
 Renflexis, 31
 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, 15
 Revlimid, 11
 Rexulti, 15
 Reyvow, 17
 Rezlidhia, 11
 Rezurock, 33
 Rezvoglar KwikPen, 24
 Rhofade, 21
 Rhopressa, 27
 Riabni, 11
 Rinvoq, 31

Rinvoq LQ, 31
 Risperdal, 15
 Risperidone, 15
 Ritalin, 16
 Ritalin LA, 16
 Rituxan, 11
 Rivelsa, 40
 Rizatriptan, 17
 Rocklatan, 27
 Rolvedon, 10
 Ropinirole, 19
 Rosuvastatin, 14
 Roweepra, 20
 Roxicodone, 35
 Roxybond, 35
 Rozlytrek, 11
 Rubraca, 11
 Ruconest, 33
 Ruxience, 11
 Ryaltris, 37
 Rybelsus, 25
 Rydapt, 11
 Rykindo, 15
 Rylaze, 11
 Rytary, 19

S

Sabril, 20
 Safyral, 40
 Saizen, 25
 Sajazir, 33
 Sancuso, 29
 Sandostatin, 33
 Santyl, 21
 Saphris, 15
 Saxenda, 38
 Scemblix, 11
 Scenesse, 31
 Scopolamine, 29
 Secuado, 15
 Seglentis, 35
 Segluromet, 25
 Semglee (yfgn), 24
 Sensipar, 33
 Serevent Diskus, 37
 Seroquel, 15
 Seroquel XR, 15
 Sertraline Cap, 17
 Sertraline Tab, 17
 Setlakin, 40
 Sevenfact, 10
 Seysara, 8
 Sharobel, 40
 Signifor, 26
 Sildenafil 25mg, 50mg, 100mg, 31
 Sildenafil Tab 20mg, 15

Silvadene, 21
 Simbrinza, 27
 Simlandi, 31
 Simpesse, 40
 Simponi, 31
 Simponi Aria, 31
 Simvastatin, 14
 Singulair, 37
 Sitagliptin, 25
 Skyrizi, 31
 Skytrofa, 25
 Slynd, 40
 Soaanz, 14
 Sodium Oxybate, 18
 Sodium Oxybate (Amneal fabricante), 18
 Sodium Oxybate (Hikma fabricante), 18
 Sofosbuvir/Velpatasvir (Eplclusa ABA), 9
 Sogroya, 25
 Solifenacin, 36
 Soliqua, 24
 Soliris, 10
 Soma, 34
 Somatuline Depot, 26
 Soolantra, 21
 Sorlux, 21
 Sotalol, 15
 Sotykto, 31
 Spiriva HandiHaler, 37
 Spiriva Respimat, 37
 Spironolactone, 13
 Spravato, 17
 Sprintec 28, 40
 Sprix, 35
 Sprycel, 11
 Sronyx, 40
 Steglatro, 25
 Steglujan, 25
 Stelara, 31
 Stendra, 31
 Stimufend, 10
 Stiolto Respimat, 37
 Stivarga, 11
 Strattera, 16
 Strensiq, 33
 Striverdi Respimat, 37
 Sublocade, 8
 Suboxone, 8
 Subvenite, 20
 Sucralfate Tab, 28
 Sulfave, 29
 Sulfamethoxazole/
 Trimethoprim, 9
 Sulfasalazine, 28
 Sulfatrim Pediatric, 9
 Sumatriptan Tab, 17

Sunosi, 18
 Supartz FX, 34
 Supprelin LA, 26
 Suprep Bowel Prep, 29
 Sutab, 29
 Sutent, 11
 Syeda, 40
 Symbicort, 37
 Symfi, 30
 Symfi Lo, 30
 SymlinPen, 25
 Sympazan, 20
 Symproic, 29
 Symtuza, 30
 Synjardy, 25
 Synjardy XR, 25
 Synjoynt, 34
 Synthroid, 26
 Synvisc, 34
 Synvisc-One, 34
 Syprine, 33

T

Tabrecta, 11
 Taclonex, 21
 Tacrolimus Cap, 37
 Tacrolimus Ointment, 21
 Tadalafil, 31
 Tadiq, 15
 Tafilnar, 11
 Tagrisso, 11
 Takhzyro, 33
 Talicia, 29
 Taltz, 31
 Talzenna, 12
 Tamiflu, 9
 Tamoxifen Tab, 12
 Tamsulosin, 31
 Targadox, 9
 Targretin Cap, 12
 Tarina 24 Fe, 40
 Tarina Fe 1/20 EQ, 40
 Tarpeyo, 26
 Tascenso ODT, 18
 Tassigna, 12
 Tavalisse, 10
 Tavneos, 33
 Tazarotene Foam, 21
 Tazorac, 21
 Tazverik, 12
 Tecfidera, 18
 Teglutik, 18
 Tegretol, 20
 Tegretol-XR, 20
 Tekturna, 13
 Telmisartan, 13
 Temazepam, 19

Temozolomide, 12
 Tempo Refill, 23
 Tempo Smart Button, 23
 Tempo Welcome, 23
 Tenormin, 13
 Tepmetko, 12
 Terbinafine Tab, 9
 Terconazole Vaginal Cream, 41
 Teriparatide (Recombinant), 34
 Testim, 31
 Testopel, 31
 Testosterone Cypionate IM Injection, 31
 Testosterone Gel, 31
 Tezspire, 37
 Thiola, 33
 Thiola EC, 33
 Thyquidity, 26
 Tikosyn, 15
 Timolol Maleate Oculdose, 27
 Timolol Maleate Ophthalmic, 27
 Timolol Maleate Ophthalmic (Once-Daily), 27
 Timolol Maleate Ophthalmic PF, 27
 Timoptic, 27
 Timoptic Oculdose, 27
 Tiotropium Bromide Monohydrate, 37
 Tirosint, 26
 Tirosint-Sol, 26
 Tizanidine Tab, 34
 Tlando, 31
 TOBI Nebulizer, 9
 TOBI Podhaler, 9
 Tobradex ST, 26
 Tobramycin/Dexamethasone Ophthalmic, 26
 Tobramycin Nebulization Solution 300mg/5mL (Kitabis ABA), 9
 Tobramycin Ophthalmic, 26
 Tolsura, 9
 Tolterodine ER, 36
 Topamax, 20
 Topamax Sprinkle, 20
 Topicort Spray, 21
 Topiramate, 20
 Toprol XL, 13
 Torsemide, 13
 Tosymra, 17
 Toujeo Max SoloStar, 24
 Toujeo SoloStar, 24
 Toviaz, 36
 Tracleer 62.5mg, 125mg, 15
 Tradjenta, 25
 Tramadol, 35
 Tramadol ER (Conzip ABA), 36

Tramadol Solution (Qdolo ABA), 36
 Tranexamic Acid Tab, 10
 Travatan Z, 27
 Trazimera, 12
 Trazodone, 17
 Treanda, 12
 Trelegy Ellipta, 37
 Tremfya, 31
 Treprostinil, 15
 Tresiba, 24
 Tresiba FlexTouch, 24
 Tretinoin Cream, 21
 Trexall, 31
 Treximet, 17
 Trezix, 36
 Triamcinolone Cream, Ointment, 21
 Triamcinolone in Absorbase, 21
 Triamterene/HCTZ, 14
 Triazolam, 19
 Tribenzor, 14
 Tricor, 14
 Tridacaine II, 36
 Tridacaine III, 36
 Triderm, 21
 Tri-Estarylla, 40
 Trijardy XR, 25
 Trikafta, 33
 Trileptal, 20
 Tri-Linyah, 40
 Tri-Lo-Estarylla, 40
 Tri-Lo-Marzia, 40
 Tri-Lo-Mili, 40
 Tri-Lo-Sprintec, 40
 Triluron, 34
 Tri-Mili, 40
 Trintellix, 17
 Tri-Nymyo, 40
 Triptodur, 26
 Tri-Sprintec, 40
 Triumeq, 30
 TriVisc, 34
 Tri-Vylibra, 40
 Tri-Vylibra Lo, 40
 Trokendi XR, 20
 Trudhesa, 17
 Trulance, 29
 Trulicity, 25
 Truqap, 12
 Truvada, 30
 Truxima, 12
 Tudorza Pressair, 37
 Turqoz, 40
 Twirla, 40
 Twyneo, 21
 Tymlos, 34
 Tyrvaya, 27

Tyvaso, 15
 Tyvaso DPI, 15
 Tzield, 25

U

Ubrelyv, 17
 Uceris Rectal, 28
 Uceris Tab, 28
 Udenyca, 10
 Udenyca On-Body, 10
 Ultomiris, 10
 Ultravate, 22
 Unithroid, 26
 Ursodiol Cap 200mg, 400mg (Reltone ABA), 29
 Uzedy, 15

V

Vagifem, 41
 Valacyclovir, 9
 Valium, 18
 Valsartan, 14
 Valsartan Solution, 14
 Valsartan/HCTZ, 14
 ValsartanTab, 14
 Valtoco, 20
 Valtrex, 9
 Varenicline, 8
 Varubi, 29
 Vascepa, 14
 Vectical, 22
 Vegzelma, 12
 Velphoro, 33
 Velsipity, 31
 Veltassa, 38
 Vemlidy, 9
 Venlafaxine, 17
 Venlafaxine ER, 17
 Ventolin HFA, 37
 Veozah, 33
 Verapamil ER, 14
 Verkazia, 27
 Verquvo, 15
 Verzenio, 12
 Vesicare, 36
 Vesicare LS, 36
 Vestura, 40
 Vevye, 28
 V-Go 20, 23
 V-Go 30, 23
 V-Go 40, 23
 Viagra, 31
 Viberzi, 29
 Victoza, 25
 Vienva, 40
 Vigamox, 28

Viojoyce, 33
 Vilazodone, 17
 Viltepsol, 33
 Vimovo, 28
 Vimpat, 20
 Viokace, 29
 Visco-3, 34
 Vitamin D (ergocalciferol) (Rx only), 38
 Vitrakvi, 12
 Vivelite-Dot, 41
 Vivimusta, 12
 Vivitrol, 8
 Vivjoa, 9
 Vocabra, 30
 Vogelxo, 32
 Voquezna, 29
 Vosevi, 9
 Vowst, 29
 Vraylar, 15
 Vtama, 22
 Vuity, 28
 Vumerity, 18
 Vyleesi, 33
 Vylibra, 40
 Vyondys 53, 33
 Vytorin, 14
 Vyvanse, 16
 Vyvgart, 33
 Vyvgart Hytrulo, 33
 Vyzulta, 27

W

Wainua, 33
 Wakix, 18

Warfarin, 12
 Wegovy, 38
 Welchol, 14
 Wellbutrin SR, 17
 Wellbutrin XL, 17
 Wilate, 10
 Winlevi, 22
 Wixela Inhub, 37
 Wynzora, 22

X

Xaciatol, 22
 Xalatan, 27
 Xalkori, 12
 Xanax, 18
 Xanax ER, 18
 Xarelto, 12
 Xcopri, 20
 Xdemvy, 28
 Xeljanz, 31
 Xeljanz XR, 31
 Xelstrym, 16
 Xembify, 33
 Xeomin, 33
 Xhance, 33
 Xifaxan 200mg Tab, 29
 Xigduo XR, 25
 Xiidra, 28
 Xofluzza, 9
 Xolair, 37
 Xopenex HFA, 37
 Xphozah, 34
 Xtampza ER, 36
 Xtandi, 12
 Xulane, 40

Xyntha, 10
 Xyntha Solofuse, 10
 Xyosted, 32
 Xyrem, 18
 Xywav, 18

Y

Yasmin 28, 40
 Yaz, 40
 Ycanth, 22
 Yonsa, 12
 Yosprala, 12
 Yuflyma, 31
 Yupelri, 37
 Yusimry, 31
 Yuvaferm, 41

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, 38
 Zeposia, 18
 Zerviate, 28
 Zestril, 14
 Zetia, 14
 Ziana, 22
 Ziextenzo, 10
 Zilxi, 22
 Zimhi, 8
 Zioptan, 27
 Ziprasidone, 15
 Zipsor, 36
 Zirabev, 12
 Zituvio, 25
 Zocor, 14
 Zolgensma, 34
 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, 22
 Zovirax, 22
 ZTlido, 36
 Zubsolv, 8
 Zumandimine, 40
 Zyclara, 22
 Zyclara Pump, 22
 Zylet, 27
 Zymfentra, 31
 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 Ventajas de los Biosimilares | enero de 2025

©2025 Serve You Rx

ServeYouRx.com | 800-759-3203