

Resumen de los beneficios de la lista de medicamentos

La información en este documento le ayudará a entender los beneficios de medicamentos con receta que ofrece este plan y le permitirá comparar estos beneficios con los ofrecidos por otros planes.

La información en este resumen también le ayudará a comparar el valor y el alcance de los beneficios de la lista de medicamentos. Cómo encontrar información sobre el costo de los medicamentos con receta

Este documento y la Lista de Medicamentos le ayudarán a comprender sus opciones. Este documento responderá sus preguntas sobre los siguientes temas:

1. Medicamentos cubiertos según la lista de medicamentos de los planes Community Health Choice
2. Opciones de medicamentos de menor costo
3. Desarrollo de la lista de medicamentos cubiertos
4. Apelaciones
5. Manejo del tratamiento médico

Community Health Choice ofrece una herramienta basada en internet que permite determinar el costo compartido de los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de Community Health Choice. La información de costo compartido refleja la participación de costos del consumidor. Este costo excluye los requisitos de deducibles. Se calcula mediante el precio más reciente de los medicamentos. Se basa en el monto aprobado como costo real del plan.

Una lista de medicamentos es una lista de medicamentos genéricos y de marca que están cubiertos por su plan.

Puede obtener más información sobre sus beneficios de farmacia visitando nuestro sitio web en

<https://www.communityhealthchoice.org>.

Community Health Choice requiere que sus miembros utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. El Miembro debe pagar el copago del nivel que corresponda más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico si se dispensa un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Esto es independientemente de que la receta del médico indique que se debe dispensar el medicamento de marca. Este monto no se aplicará al deducible ni al gasto máximo de bolsillo del miembro. Cuando haya disponible una alternativa genérica equivalente, el Proveedor debe presentar una autorización previa para la necesidad médica de medicamentos de marca.

Puede ver una comparación de los beneficios farmacéuticos para cada plan en nuestro sitio web en

<https://www.communityhealthchoice.org>.

También puede consultar los documentos de resumen y beneficios, junto con la evidencia de cobertura para nuestros planes, en <https://www.communityhealthchoice.org>.

Medicamentos según el nivel de costo compartido

Nombre del NIVEL	
1	5%
2	58%
3	8%
4	3%
5	1%
6	0%
NC	21%
EXC (excluido)	4%

Cómo se cubren los medicamentos con receta

La lista de medicamentos de Community Health Choice es cerrada, lo que significa que algunos medicamentos están excluidos o no están cubiertos. La lista de medicamentos es desarrollada y mantenida por un Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T).

El Comité de Farmacia y Terapéutica de Community Health Choice se reúne trimestralmente para evaluar nuevos medicamentos y la nueva información sobre los medicamentos existentes disponibles en el mercado. El Comité consta de médicos con la autorización adecuada. Incluye profesionales médicos empleados por Navitus, el administrador de beneficios de farmacia de Community Health Choice, o que, en la actualidad, ejercen su profesión en la comunidad. La tarea del Comité consiste en evaluar la evidencia científica que equilibra la efectividad y los efectos secundarios de los medicamentos. Las evaluaciones, recomendaciones y aprobaciones del Comité se basan en la información presentada en publicaciones arbitradas por colegas y en las pautas de tratamiento. Estos resultados basados en la literatura pueden provenir del ámbito privado (por ejemplo, compañías farmacéuticas) o público (por ejemplo, asociaciones gubernamentales y/o médicas).

El Comité analiza la utilidad general del medicamento para determinar su asignación en la lista de medicamentos. El comité puede tomar una decisión sobre:

1. Agregar/eliminar un medicamento
2. Colocación en nivel
3. Agregar o eliminar reglas de administración de uso (UM) como la terapia escalonada (ST), los límites de cantidad (QL) y la autorización previa (PA).

También puede optar por excluir un medicamento de la cobertura en la lista de medicamentos. Todos los miembros del comité se rigen por un acuerdo de ausencia de conflictos de intereses que les exige notificar al Comité si hay un interés financiero que pueda afectar sus decisiones.

Derecho de apelar

Si desea presentar una queja o apelación, comuníquese con Community Health Choice llamando al 713-295-2294 o al 1-855-315-5386. Si su problema o inquietud no se resuelven mediante una llamada a Community, tiene derecho a presentar una apelación por escrito a Community. Envíe la solicitud de apelación y toda la información relacionada de su médico a:

POR CORREO

Community Health Choice, Inc., Para la atención de: Appeals Coordinator
4888 Loop Central Dr. Suite 600, Houston, TX 77081

POR FAX

Community Health Choice, Inc., 713.295.7033.

Para la atención de: Appeals Coordinator

Continuidad de la cobertura

Se permitirá a los nuevos miembros no presentar la autorización por única vez si es médicamente necesario de los medicamentos que requieran autorización previa (PA) o los de terapia escalonada (ST). El permiso para no presentar la autorización previa solo tendrá vigencia para un suministro de 30 días mientras el médico que expide la receta solicita la autorización previa. El objetivo del permiso para no presentar la autorización previa por única vez es permitir que el Proveedor presente la solicitud para una autorización previa a Navitus para su revisión.

Medicamentos fuera de prospecto

Si un reclamo es denegado por tratarse de un medicamento experimental o de investigación, usted tiene derecho a solicitar la revisión a una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la disposición Derechos de Apelación, Queja y Revisión Externa en la sección Disposiciones Generales de este contrato.

Exclusiones de los medicamentos con receta. A menos que se estipule expresamente lo contrario, no se proporcionará ningún beneficio por los siguientes artículos:

1. Cualquier medicamento recetado para usar con un fin que no siga las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o las indicaciones no específicas reconocidas en la literatura médica arbitrada
2. Cualquier fármaco, medicación o medicamento en cuya etiqueta diga: "advertencia: limitado por la ley federal para utilizarse en investigaciones" o que sea "experimental o de investigación".

Costos compartidos

Lo que usted deberá pagar dependerá del tipo de medicamentos que su médico le recete. A cada medicamento se le asigna un nivel. Los distintos niveles tienen diferentes niveles de copago. Las estructuras de niveles se desarrollaron para promover el uso de productos de calidad con la opción de mayor eficiencia de costos para cada miembro. La opción de menor costo no representa un producto de calidad inferior. Es simplemente la mejor opción de costo considerando los productos cubiertos dentro de esa categoría de tratamiento. Puede tener la certeza de que los medicamentos provistos a través de su beneficio de farmacia han sido sometidos a rigurosos procesos antes de obtener la aprobación de la FDA.

El plan Gold 001 no tiene un deducible. El resto de nuestros planes tiene una combinación de deducible para farmacias y médicos. Salvo que el plan permita que un medicamento omita el deducible, el deducible de farmacia debe cumplirse en su totalidad antes de que el plan comience a pagar beneficios.

- Nivel 1 = medicamentos preventivos con \$0 de copago
- Nivel 2 = medicamentos genéricos preferidos y algunos de marca de bajo costo
- Nivel 3 = medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos
- Nivel 4 = medicamentos de marca no preferidos y algunos genéricos no preferidos de alto costo
- Nivel 5 = medicamentos especializados
- Nivel 6 = medicamentos normalmente cubiertos por los beneficios médicos

El servicio de pedidos por correo le permite recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento. Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es voluntario.

Requisito de elegir primero un medicamento genérico

Community Health Choice requiere que sus miembros utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. El Miembro debe pagar el copago del nivel que corresponda más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico si se dispensa un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Esto es independientemente de que la receta médica indique o no que deba dispensarse un medicamento de marca. Este monto no se aplicará al deducible ni al gasto máximo de bolsillo del miembro. Cuando haya disponible una alternativa genérica equivalente, el Proveedor debe presentar una autorización previa para la necesidad médica de medicamentos de marca.

Requisitos de administración de uso

La revisión de la cobertura de medicamentos se utiliza para promover el uso apropiado y rentable de los medicamentos con receta, que permite la cobertura únicamente cuando se cumplen ciertas condiciones. Algunas razones para la precertificación pueden incluir:

- Cumplir las pautas de dosificación
 - Evitar terapias duplicadas
 - Ayudar a los proveedores de atención médica a verificar criterios médicamente aceptados que ayudan a garantizar una eficacia alta y bajos efectos secundarios
- Community Health Choice implementa los criterios de aprobación según el etiquetado, las pautas nacionales y las normas sobre atención actuales aprobados por la FDA.

Autorización previa (PA) clínica: Los criterios de la PA analizan requerimientos tales como pertinencia de las indicaciones, edad, dosis, valores de laboratorio y otras mediciones para ese medicamento con receta específico.

Límites de cantidad (QL): Community Health Choice limita la cantidad y las dosis de determinados medicamentos para que respeten las dosis recomendadas y aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. El límite de cantidad puede incluir límites en la cantidad de dosis por día, la máxima dosis por día sobre la base de la dosificación de la etiqueta del producto y la cantidad a lo largo del tiempo. Esto puede incluir la cantidad de recetas renovadas por mes o por año.

Terapia escalonada (ST): La terapia escalonada promueve el uso apropiado de medicamentos eficaces, pero comenzando con los medicamentos de menor costo. Los medicamentos con requisitos previos están aprobados por la FDA para tratar la misma afección que los equivalentes de terapia escalonada.

Restricción a especialistas (RS): Limita el expendio de recetas de ciertos medicamentos de alto costo o alto riesgo a determinadas personas autorizadas a dar recetas que se especializan en tratar los estados de las enfermedades asociadas.

Algunos procesos de precertificación están automatizados. En caso de contar en nuestro sistema con la información completa para la revisión, la aprobación de la autorización previa puede emitirse en forma automática en la farmacia. Cuando la información que tengamos sobre usted no cumpla con los criterios de aprobación, la farmacia podrá notificar a su médico el rechazo y el requisito de autorización previa (PA), en cuyo caso, su médico puede elegir hacer cambios para obtener la cobertura de un medicamento similar O solicitar la aprobación previa de ese medicamento específico. La terapia escalonada es el requerimiento más común de autorización previa automatizada. Este es el caso en que el sistema de farmacias verifica si un medicamento previamente recetado y adquirido cumple con los requisitos.

Las determinaciones de cobertura se enviarán por correo dentro de las 72 horas a partir del momento de la solicitud para el primer nivel de solicitudes de determinación estándar (o dentro de las 24 horas en el caso de solicitudes aceleradas). Si la cobertura se aprueba, se aplicará el correspondiente copago de nivel a ese medicamento específico. Si la cobertura es denegada, todavía podrá adquirir el medicamento recetado, pero deberá pagar el precio completo del medicamento. El administrador de beneficios de farmacia de Community Health Choice (Navitus Health Solutions) realiza nuestras revisiones iniciales de certificación previa de medicamentos.

Consejo de búsqueda:

Este documento es extenso, pero puede realizar búsquedas rápidas y sencillas haciendo clic sobre el icono de los binoculares en la barra de herramientas o utilizando la función de búsqueda CTRL+F desde su teclado. Luego aparecerá un casillero de búsqueda para que escriba el nombre del medicamento que quiere localizar. Si no sabe cómo se escribe el nombre de forma correcta, puede comenzar la búsqueda ingresando solo las primeras letras del nombre del medicamento.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
abacavir solución (equiv. ZIAGEN)	-	5	ANTIVIRALES
abacavir comprimidos (equiv. ZIAGEN)	-	2	ANTIVIRALES
abacavir/lamivudina comprimidos (equiv. EPZICOM)	-	2	ANTIVIRALES
abacavir/lamivudina/zidovudina comprimidos (equiv. TRIZIVIR)	-	5	ANTIVIRALES
ABILIFY ASIMTUFII INYECTABLE 720 MG/2.4 ML (equiv. aripiprazol suspensión inyectable de liberación prolongada en jeringa precargada)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
ABILIFY ASIMTUFII INYECTABLE 960 MG/3.2 ML (equiv. aripiprazol suspensión inyectable de liberación prolongada en jeringa precargada)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
ABILIFY MAINTENA INYECTABLE	-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
ABILIFY MYCITE PAQUETE	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
ABILIFY MYCITE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
ABILIFY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
abiraterona acetato comprimidos: 500 mg (equiv. ZYTIGA)	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
abiraterona comprimidos 250 mg (equiv. ZYTIGA)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ABRILADA INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1	VACUNAS
ABSORICA CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ABSTRAL SL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
acamprosato cálcico DR comprimidos (equiv. CAMPRAL)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC.
acarbosa comprimidos (equiv. PRECOSE)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
ACCOLATE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTI ASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ACCRUFER CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ACCU-CHEK GUIDE MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ACCU-CHEK GUIDE TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
ACCUPRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ACCURETIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
acebutolol cápsulas (equiv. SECTRAL)	-	2	BETA BLOQUEADORES
ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIHDROCODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
acetaminofeno/codeína comprimidos (equiv. TYLENOL/CODEINE)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ACETAMINOFENO/ISOMETEPTENO/DICLORAL CÁPSULAS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
acetaminofeno/isometepteno/dicloral cápsulas (equiv. MIDRIN)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
acetazolamida ER (liberación prolongada) cápsulas (equiv. DIAMOX SEQUEL)	-	3	DIURÉTICOS
acetazolamida comprimidos	-	2	DIURÉTICOS
ácido acético solución ótica (equiv. VOSOL)	-	2	AGENTES ÓTICOS
ÁCIDO ACÉTICO/ACETATO DE ALUMINIO SOLUCIÓN ÓTICA	-	2	AGENTES ÓTICOS
ácido acético/hidrocortisona solución ótica (equiv. VOSOL HC)	-	2	AGENTES ÓTICOS
acetilcisteína solución (equiv. MUCOMYST)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones. **Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS 10 MG, RABEPRAZOL CÁPSULAS DISPERSABLES 10 MG	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
ACIPHEX COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
acitretina cápsulas (equiv. SORIATANE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ACTEMRA ACTPEN INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ACTEMRA INYECCIÓN INTRAVENOSA	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ACTEMRA SC INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ACTHAR GEL AUTOINYECTOR	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -MISC.
ACTHAR GEL INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -MISC.
ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
ACTICLATE COMPRIMIDOS 75 MG, 150 mg	-	NC	TETRACICLINAS
ACTIGALL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ACTIMMUNE INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredro 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ACTIQ PASTILLAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ACTIVELLA COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
ACTONEL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -MISC.
ACTOPLUS MET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ACTOS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
aciclovir cápsulas (equiv. ZOVIRAX)	-	2	ANTIVIRALES
aciclovir crema (equiv. ZOVIRAX)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
aciclovir pomada (equiv. ZOVIRAX)	-	2	DERMATOLÓGICOS
aciclovir suspensión (equiv. ZOVIRAX)	-	2	ANTIVIRALES
aciclovir comprimidos (equiv. ZOVIRAX)	-	2	ANTIVIRALES
ACZONE GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ADACEL/BOOSTRIX INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
ADAGEN INYECTABLE	-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
ADALAT CC COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2 PLUMAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 1 kit/reposición; 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (equiv. HYRIMOZ) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ADALIMUMAB-ADAZ JERINGA PRECARGADA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE AUTOINYECTOR (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML (equiv. HULIO) (QL= iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-RYVK INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-RYVK INYECTABLE (equiv. SIMLANDI)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADAPALENO SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
adapaleno crema (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - Requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
adapaleno gel (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - Requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
ADAPALENO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.1-2.5% (equiv. EPIDUO)	-	3	DERMATOLÓGICOS
adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.3-2.5% (equiv. EPIDUO FORTE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ADAPALENO/PERÓXIDO DE BENZOÍLO TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ADASUVE INHALADOR	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ADAZIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ADBRY INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
ADBRY INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
ADCIRCA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ADDERALL COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ADDERALL XR CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
adefovir dipivoxilo comprimidos (equiv. HEPSERA)	-	3	ANTIVIRALES
ADEMPAS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ADLARTY PARCHES	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ADMELOG INYECTABLE, HUMALOG INYECTABLE	-	NC	ANTIABIÉTICOS
ADMELOG SOLOSTAR, HUMALOG TEMPO PLUMA	-	NC	ANTIABIÉTICOS
ADRENACLICK INYECTABLE, EPINEFRINA INYECTABLE	-	NC	VASOCOMPRESORES
ADRENALIN SOLUCIÓN NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ADVAIR INHALADOR DISKUS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ADVAIR HFA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ADVATE, KOVALTRY INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ADVICOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ADYNOVATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ADZENYS ER SUSPENSIÓN	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ADZENYS XR COMPRIMIDOS, ANFETAMINA ER ODT COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
AEMCOLO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
AEROCHAMBER	OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
INSUMOS PARA AEROCHAMBER	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AEROSPAN INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AFINITOR DISPERZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AFINITOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
AFSTYLA KIT	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
AGAMREE SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
AGRYLIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
AIMOVIG INYECTABLE (QL = 1 paquete/28 días)	PA-QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
AIRDUO INHALADOR DE POLVO C/SENSOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AIRDUO RESPICLICK	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AIRSUPRA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AJOVY INYECTABLE (QL = 1 paquete/28 días)	PA-QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
AKEEGA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AKLIEF CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AKYNZEO CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/reposición; restringido a especialistas en Oncología o Hematología)	QL-RS	3	ANTIEMÉTICOS
ALA-SCALP LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
albendazol comprimidos (equiv. ALBENZA)	-	4	ANTHELMINTICOS
ALBENZA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTHELMINTICOS
albuterol HFA inhalador (equiv. PROAIR, PROVENTIL) (QL= 2 inhaladores/30 días)	QL	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ALBUTEROL HFA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol solución para nebulizar	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ALBUTEROL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol sulfato jarabe	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol sulfato comprimidos	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol/ipratropio solución para nebulizar (equiv. DUONEB)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ALCAINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
alclometasona crema (equiv. ACLOVATE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ALCLOMETASONA POMADA	-	3	DERMATOLÓGICOS
alclometasona pomada (equiv. ACLOVATE POMADA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
GASA CON ALCOHOL	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ALCORTIN A GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS 50-50 MG	-	4	DIURÉTICOS
ALDACTONE COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
ALDARA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ALDURAZYME INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ALECENSA CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
alendronato de sodio solución oral (equiv. FOSAMAX)	-	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
alendronato comprimidos (equiv. FOSAMAX)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ALENDRONATO COMPRIMIDOS 40 MG	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ALEVICYN SOLUCIÓN DÉRMICA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALFERON-N INYECTABLE	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
alfuzosina SR comprimidos (equiv. UROXATRAL)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
ALHEMO INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALINIA SUSPENSIÓN (QL= 60 ml/3 días)	PA-QL	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
ALINIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
aliskiren comprimidos (equiv. TEKTURN)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
ALKERAN INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALKERAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros a partir de los 9 años)	LD-PA-QL	5	CORTICOSTEROIDES
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros a partir de los 9 años)	LD-PA-QL	5	CORTICOSTEROIDES
ALLEGRA ODT	OTC	NC	ANTIISTAMÍNICOS
alopurinol comprimidos (equiv. ZYLOPRIM)	-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
alopurinol comprimidos 200 mg	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ALLZITAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
almotriptán comprimidos (QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ALOCRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS, NESINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS, KAZANO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA/PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS, OSENI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA-METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA-PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALOQUIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALORA PARCHE	-	4	ESTRÓGENOS
alosetrón comprimidos (equiv. LOTRONEX)	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ALPHAGAN P SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.15%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ALPHANATE, HUMATE-P INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALPHANINE SD INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
alprazolam ER comprimidos (equiv. XANAX XR)	-	3	AGENTES ANTIANSIEDAD

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
alprazolam ODT (equiv. NIRAVAM)	-	4	AGENTES ANTIANSIEDAD
alprazolam comprimidos (equiv. XANAX)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
ALPROLIX INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.2%	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALSUMA INYECTABLE, ZEMBRACE SYMTOUCH INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ALTABAX POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALTACE CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ALTOPREV COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ALTRENO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALTUVIII INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALUNBRIG PAK	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90MG, 180MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALVAIZ COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ALVESCO INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
alvimopan cápsulas (equiv. ENTEREG)	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ALYFTREK COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ALYFTREK COMPRIMIDOS 4-20-50 MG	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ALZAIR SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
amantadina cápsulas (equiv. SYMMETREL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
amantadina solución (equiv. AMANTADINA)	-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
amantadina jarabe (equiv. SYMMETREL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
amantadina comprimidos	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
AMARYL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIIDIABÉTICOS
AMBIEN CR COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ambrisentán comprimidos (equiv. LETAIRIS) (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553)	LD-PA-QL	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
AMCINONIDA CREMA 0.1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AMCINONIDA LOCIÓN	-	4	DERMATOLÓGICOS
AMCINONIDA POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AMERGE COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
amethyst comprimidos (equiv. LYBREL)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
AMICAR SOLUCIÓN	-	NC	HEMOSTÁTICOS
AMICAR COMPRIMIDOS	-	NC	HEMOSTÁTICOS
amilorida comprimidos (equiv. MIDAMOR)	-	2	DIURÉTICOS
AMILORIDA/HCTZ COMPRIMIDOS	-	2	DIURÉTICOS
amilorida/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MODURETIC)	-	2	DIURÉTICOS
ácido aminocaproico solución (equiv. AMICAR)	-	3	HEMOSTÁTICOS
ácido aminocaproico comprimidos (equiv. AMICAR)	-	3	HEMOSTÁTICOS
amiodarona comprimidos (equiv. CORDARONE)	-	2	ANTIARRÍTMICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AMITIZA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
amitriptilina comprimidos (equiv. ELAVIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
AMJEVITA AUTOINYECTOR (adalimumab-atto)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
AMJEVITA INYECTABLE (adalimumab-atto)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
amlodipina comprimidos (equiv. NORVASC)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
amlodipino/atorvastatina comprimidos (equiv. CADUET)	-	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
amlodipino/benazepril cápsulas (equiv. LOTREL)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
amlodipino/olmesartán comprimidos (equiv. AZOR comprimidos)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
amlodipino/valsartán comprimidos (equiv. EXFORGE)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. EXFORGE HCT)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
lactato de amonio crema (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC	DERMATOLÓGICOS
lactato de amonio loción (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC	DERMATOLÓGICOS
amnesteem cápsulas, claravis cápsulas, isotretinoína cápsulas, myorisan cápsulas, zenatane cápsulas (equiv. ACCUTANE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
amoxapina comprimidos (equiv. AMOXAPINA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
amoxicilina cápsulas (equiv. TRIMOX)	-	2	PENICILINAS
AMOXICILINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	2	PENICILINAS
amoxicilina suspensión (equiv. TRIMOX)	-	2	PENICILINAS
amoxicilina comprimidos (equiv. AMOXIL)	-	2	PENICILINAS
AMOXICILINA/CLAVULANATO COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	3	PENICILINAS
AMOXICILINA/CLAVULANATO ER COMPRIMIDOS	-	4	PENICILINAS
amoxicilina/clavulanato suspensión (equiv. AUGMENTIN ES)	-	2	PENICILINAS
amoxicilina/clavulanato comprimidos (equiv. AUGMENTIN)	-	2	PENICILINAS
anfetamina comprimidos (equiv. EVEKEO)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
anfetamina/dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. ADDERALL XR)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
anfetamina/dextroanfetamina comprimidos (equiv. ADDERALL)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 12.5 mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 25mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsula de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 37.5mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 50mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
ANFOTERICINA B SOLUCIÓN IV	-	NC	ANTIFÚNGICOS
ampicilina cápsulas (equiv. AMPICILINA)	-	2	PENICILINAS
AMPYRA COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AMRIX CÁPSULAS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
AMZEEQ ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ANADROL COMPRIMIDOS	-	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANAFRANIL CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
anagrelida cápsulas (equiv. AGRYLIN)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ANALPRAM-E KIT	-	4	AGENTES ANORRECTALES
ANALPRAM-HC CREMA	-	NC	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
ANAPROX COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ANASPAZ ODT	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ANASTIA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
anastrozol comprimidos (equiv. ARIMIDEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos mayores de 35 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ANCOBON CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
ANDEMBRY INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ANDROGEL 1 % 25 MG	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANDROGEL 1 % 50 mg, TESTIM GEL 1 %	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANDROGEL 1.62 % 1.25 GM	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANDROGEL 1.62 % 2.5 GM	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANDROGEL BOMBA 1.62 %	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANGELIQ COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
ANNOVERA ANILLO (QL= 1 anillo/año)	QL	1	ANTICONCEPTIVOS
ANORO ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ANTABUSE COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ANTARA CÁPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
antipirina/benzocaína solución ótica (equiv. AURALGAN)	-	NC	AGENTES ÓTICOS
ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ANUSOL-HC CREMA	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
ANUSOL-HC SUPOSITARIOS	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición)	QL	4	ANTIEMÉTICOS
ANZUPGO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
APADAZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
APAP/CODEÍNA SOLUCIÓN	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
APIDRA INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
APLENZIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
APOKYN INYECTABLE	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
apomorfina inyectable (equiv. APOKYN)	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
apraclonidina solución oftálmica (equiv. IOPIDINE)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición)	QL	3	ANTIEMÉTICOS
aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición)	QL	3	ANTIEMÉTICOS
APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año)	PA-QL	1	ANTIVIRALES
APRISO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
APRIZIO PAK KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
APTOM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
APTIVUS CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
APTIVUS SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ARAKODA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIMALÁRICOS
ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ARANESP INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ARAVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ARAZLO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ARBLI SUSPENSIÓN DE (QL= 330 mL/30 días; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA-QL	4	ANTIHIPERTENSIVOS
ARCALYST INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ARCAPTA NEOHALER	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1	VACUNAS
arformoterol tartrato solución para nebulizar (equiv. BROVANA)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ARICEPT COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ARICEPT COMPRIMIDOS 23 MG	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ARIKAYCE SUSPENSIÓN (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Maxor Pharmacy 800-658-6046)	LD-PA-QL	5	AMINOGLUCÓSIDOS
ARIMIDEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
aripiprazol ODT (equiv. ABILIFY)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
aripiprazol solución (equiv. ABILIFY)	PA	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
aripiprazol comprimidos (equiv. ABILIFY)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ARISTADA INYECTABLE	-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ARIXTRA INYECTABLE	-	NC	ANTICOAGULANTES
armodafinilo comprimidos (equiv. NUVIGIL) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 113 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 232 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 55 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ARMOUR THYROID COMPRIMIDOS, NATURE THROID COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES TIROIDEOS
ARNUITY ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
AROMASIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ARTHROTEC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ASACOL HD COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ASACOL HD COMPRIMIDOS, MESALAMINA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
asenapina maleato comprimido sublingual (equiv. SAPHRIS) (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ASMANEX HFA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ASMANEX INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
aspirina comprimidos masticables 81 mg (Cubierto para miembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos [sin restricción de edad])	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
ASPIRINA EC COMPRIMIDOS 325 MG	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
aspirina ec comprimidos 81 mg (Cubierto para miembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos de 55 a 79 años)	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
aspirina comprimidos 325 mg (Cubierto para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años)	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
aspirina/codeína comprimidos	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
aspirina/dipiridamol cápsulas (equiv. AGGRENOX)	-	3	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ASPIRINA/OMEPRAZOL ER COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ASPRUZYO GRÁNULOS DISPERSABLES	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
ASTAGRAF XL CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ASTAMED MYO CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
ASTELIN SPRAY NASAL, ASTEPRO SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ATACAND HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ATACAND COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
atazanavir cápsulas (equiv. REYATAZ)	-	2	ANTIVIRALES
ATELVIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
atenolol comprimidos (equiv. TENORMIN)	-	2	BETA BLOQUEADORES
atenolol/clortalidona comprimidos (equiv. TENORETIC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
ATIVAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
atomoxetina cápsulas (equiv. STRATTERA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ATORVALIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
atorvastatina comprimidos (equiv. LIPITOR)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
atovacuna suspensión (equiv. MEPRON)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
atovacuna/proguanil comprimidos (equiv. MALARONE)	-	2	ANTIMALÁRICOS
ATRALIN GEL, RETIN-A GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ATRIPLA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ATRIX KIT DEL SISTEMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
atropina inyectable	M	6	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
atropina pomada oftálmica	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
atropina solución oftálmica (equiv. ISOPTO ATROPINA)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINA SULF. INYECTABLE	M	6	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1%	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINA SULFATO INYECTABLE	--M	6	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ATROPINA SULFATO POMADA OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROVENT HFA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ATTRUBY PAK	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
AUBAGIO COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUGMENTIN ES-600 SUSPENSIÓN	-	NC	PENICILINAS
AUGMENTIN SUSPENSIÓN	-	4	PENICILINAS
AUGMENTIN COMPRIMIDOS	-	NC	PENICILINAS
AUGTYRO CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS
			LD Distribución limitada
			OTC De venta libre
			RS Restricción a especialistas
			ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AUGTYRO CÁPSULAS160 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AURANOFIN CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
AURYXIA COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
AUSTEDO COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO XR KIT DE COMPRIMIDOS DE DOSIS AJUSTADAS (QL= 1 paquete/28 días)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO XR PAQUETE DE DOSIS AJUSTADAS (QL= 1 paquete/28 días)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUVELITY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
AUVI-Q INYECTABLE	-	NC	VASOCOMPRESORES
AVALIDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
avanafil comprimidos (equiv. STENDRA)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
AVAPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
AVAR AEROSOL ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AVAR GEL	-	3	DERMATOLÓGICOS
AVAR TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AVAR-E LS CREMA 10-2%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AVELOX COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONES
AVERI COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
aviane comprimidos (equiv. ALESSE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AVODART CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
AVONEX INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AXERT COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
AXID CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
AYGESTIN COMPRIMIDOS	-	NC	PROGESTINAS
AYVAKIT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AZASITE SOLUCIÓN	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
azatioprina comprimidos (equiv. IMURAN)	-	2	CLASES SURTIDAS
azatioprina comprimidos 100 mg (equiv. AZASAN)	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
azatioprina comprimidos 75 mg (equiv. AZASAN)	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
Ácido azelaico gel (equiv. FINACEA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
azelastina spray nasal 0.1 % (equiv. ASTELIN)	-	2	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
azelastina spray nasal 0.15 % (equiv. ASTEPRO)	-	3	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
azelastina solución oftálmica (equiv. OPTIVAR)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
azelastina/fluticasona spray nasal (equiv. DYMISTA)	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
AZELEX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AZENASE PAK	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
AZESCHEW COMPRIMIDOS 13-1 MG	-	4	MULTIVITAMÍNICOS
AZESCO COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AZILECT COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
azitromicina suspensión (equiv. ZITHROMAX)	-	2	MACRÓLIDOS
azitromicina comprimidos (equiv. ZITHROMAX)	-	2	MACRÓLIDOS
AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
AZSTARYS CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
AZULFIDINA EN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
AZULFIDINA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BACITRACINA POMADA OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracina/neomicina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. NEOSPORIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. POLYSPORIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracina/polimixina/neomicina/hidrocortisona pomada oftálmica (equiv. CORTISPORIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
BACLOFENO KIT COMPUESTO EN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
baclofeno solución oral 10 MG/5 ML (equiv. BACLOFENO) (Se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACLOFENO SOLUCIÓN ORAL 5 MG/5 ML (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno solución oral 5 mg/5 ml (Se requiere autorización previa para miembros mayores de 9 años)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACLOFENO SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACLOFENO SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno suspensión (equiv. BACLOFEN)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno comprimidos (equiv. BACLOFENO)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno comprimidos 15 mg	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACTRIM DS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
BACTROBAN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BAFIERTAM CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
BALCOLTRA COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
balsalazida cápsulas (equiv. COLAZAL)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BANZEL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BANZEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BAQSIMI POLVO NASAL (QL= 2 inhalaciones/reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
BARACLUDE SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
BARACLUDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
BASAGLAR KWIKPEN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
BAXDELA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	QL-RS	3	FLUOROQUINOLONES
BCG INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
JERINGA DE INSULINA B-D	--OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
AGUJA PARA PLUMA B-D	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
b-donna comprimidos (equiv. DONNATAL)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
BECONASE AQ SPRAY NASAL (QL= 2 botellas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona)	QL-ST	4	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
BELBUCA PELÍCULA	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BELLADONNA SUPOSITORIOS DE ALCALOIDE/OPIO	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
BELSOMRA COMPRIMIDOS	-	4	HIPNÓTICOS
benazepril comprimidos (equiv. LOTENSIN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
benazepril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOTENSIN HCT)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
BENEFIX INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
BENICAR HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
BENICAR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
BENLYSTA AUTOINYECTOR (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
BENLYSTA INY. (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
BENTIVITE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
BENTYL CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
BENTYL JARABE	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
BENZAC WASH	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZACLIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZAMYCIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZAMYCIN GEL PACK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZNIDAZOL COMPRIMIDOS (Restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas)	RS	3	ANTIHELMÍNTICOS
BENZOCAÍNA/LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
benzonatato cápsulas (equiv. TESSALON)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
benzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS)	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
PERÓXIDO DE BENZOÍLO CREMA	OTC	NC	DERMATOLÓGICOS
PERÓXIDO DE BENZOÍLO/HIDROCORTISONA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
peróxido de benzoílo/hidroclorotiazida loción (equiv. VANOXIDE-HC)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZFETAMINA COMPRIMIDOS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
benztropina comprimidos	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
BERINERT INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
BESER KIT 0.05%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BESIVANCE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
BESREMI INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BETAGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
betaína polvo para solución oral (equiv. CYSTADANE)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BETAMETASONA VALERATO LOCIÓN	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada crema (equiv. DIPROLENE AF CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
BETAMETASONA AUMENTADA GEL	-	3	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada gel	-	NC	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada loción (equiv. DIPROLENE LOCIÓN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada pomada (equiv. DIPROLENE POMADA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona dipropionato crema (equiv. DIPROSONE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona dipropionato loción	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona dipropionato pomada (equiv. DIPROSONE POMADA)	-	3	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
betametasona valerato crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato espuma (equiv. LUXIQ ESPUMA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato loción	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
BETAPACE AF COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
BETAPACE COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
BETASERON INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
BETAXOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
betaxolol solución oftálmica (equiv. BETOPTIC-S)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
betaxolol comprimidos (equiv. KERLONE)	-	2	BETA BLOQUEADORES
betanecol comprimidos (equiv. URECHOLINE)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
BETHKIS SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR, TOBI SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
BETIMOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BETOPTIC-S SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BEVESPI AEROSPHERE INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
BEXAGLIFLOZINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
bexaroteno cápsulas (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
bexaroteno gel (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2	DERMATOLÓGICOS
BEXSERO INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
BEYAZ COMPRIMIDOS	-	4	ANTICONCEPTIVOS
BEYFORTUS INYECTABLE	VAC	1	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
BIAFINE EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BIAXIN COMPRIMIDOS	-	NC	MACRÓLIDOS
bicalutamida comprimidos (equiv. CASODEX)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BIDIL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
BIFERARX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
BIJUVA CÁPSULAS	-	NC	ESTRÓGENOS
BIKTARVY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
BILTRICIDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTHELMÍNTICOS
bimatoprost solución oftálmica (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
bimatoprost solución oftálmica	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
BIMZELX INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BINOSTO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
bismuto/metronidazol/tetraciclina cápsulas (equiv. PYLERA)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
BISOPROLOL FUMARATO COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
bisoprolol comprimidos (equiv. ZEBETA)	-	2	BETA BLOQUEADORES
bisoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZIAC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
BLEPH-10 SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
BLEPHAMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BLEPHAMIDE S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
BONIVA COMPRIMIDOS 150 MG	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BONSITY INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
bosentán comprimidos (equiv. TRACLEER) (QL= 2 comprimidos /día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
bosentán comprimidos para suspensión oral (equiv. TRACLEER) (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
BOSULIF CÁPSULAS	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BOSULIF COMPRIMIDOS	MSP-PA-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG (QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BREO ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
BREO ELLIPTA INHALADOR 50-25 MCG/ACT	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
BREXAFEMME COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
BREZTRI AEROSPHERE INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
BRILINTA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
brimonidina solución oftálmica 0.15 % (equiv. ALPHAGAN P 0.15 %)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidina solución oftálmica 0.2 %	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidina tartrato gel (equiv. MIRVASO)	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
brimonidina tartrato solución oftálmica 0.1% (equiv. ALPHAGAN)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidina/timolol solución oftálmica (equiv. COMBIGAN)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BRINSUPRI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
brinzolamida suspensión oftálmica (equiv. AZOPT)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BRISDELLE CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
BRIVIACT INYECTABLE 50 MG/5 ML	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT SOLUCIÓN 10 MG/ML	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
bromfenaco solución oftálmica (equiv. BROMDAY)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA)	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE)	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
bromocriptina cápsulas (equiv. PARLODEL)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
bromocriptina comprimidos (equiv. PARLODEL)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
BROMSITE GOTAS 0.075%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
BRONCHITOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
BROVANA SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
BROVEX PEB LÍQUIDO	OTC	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
BRUKINSA CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
BRUKINSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BRYHALI LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BRYNOVIN SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
B-SERENE TOALLITAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
BUCAPSOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
budesonida ER comprimidos (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	CORTICOSTEROIDES
budesonida suspensión para inhalar (equiv. PULMICORT)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
budesonida spray nasal (equiv. RHINOCORT AQUA) (QL= 2 botellas/reposición)	OTC-QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
budesonida espuma rectal (equiv. UCERIS ESPUMA RECTAL)	PA	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
budesonida SR cápsulas (equiv. ENTOCORT EC)	-	3	CORTICOSTEROIDES
budesonida/formoterol inhalador (equiv. SYMBICORT)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
bumetanida comprimidos (equiv. BUMEX)	-	2	DIURÉTICOS
BUNAVAIL PELÍCULA	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BUPHENYL POLVO	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BUPHENYL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
buprenorfina clorhidrato película bucal (equiv. BELBUCA)	-	NC	ANALGÉSICOS – OPIOIDES
buprenorfina parches (equiv. BUTRANS) (QL= 4 parches/28 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	4	ANALGÉSICOS – OPIOIDES
buprenorfina SL comprimidos (equiv. SUBUTEX)	-	NC	ANALGÉSICOS – OPIOIDES
buprenorfina/naloxona sl película (equiv. SUBOXONE)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
buprenorfina/naloxona SL comprimidos (equiv. SUBOXONE)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
bupropión ER comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
bupropión SR comprimidos (equiv. ZYBAN) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
bupropión comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
bupropión XL comprimidos (equiv. WELLBUTRIN XL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
bupiriona comprimidos (equiv. BUSPAR)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
butalbital/acetaminofeno cápsulas	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
butalbital/acetaminofeno/cafeína solución	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
butalbital/acetaminofeno/cafeína comprimidos (equiv. FIORICET)	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
BUTALBITAL/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
butorfanol spray nasal (equiv. STADOL) (QL= 1 frasco/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BUTRANS PARCHES	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BYDUREON BCISE AUTOINY.	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
BYDUREON INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días; restringido al diagnóstico – diabetes Tipo 2 [E11])	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
BYDUREON PLUMA INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
BYLVAY CÁPSULAS 1200 MCG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BYLVAY CÁPSULAS 400 MCG (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 200 MCG (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MCG (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BYNFEZIA PLUMA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BYSTOLIC COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
BYVALSON COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CABENUVA IM SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
CABENUVA SUSPENSIÓN 600 MG-900 MG/3 ML	-	NC	ANTIVIRALES
cabergolina comprimidos (equiv. DOSTINEX)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CABLIVI KIT INYECTABLE (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CABOMETYX COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CABTREO GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CADUET COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
CAFCIT INYECTABLE	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
cafeína citrato solución (equiv. CAFCIT) (Cubierto para miembros de 11 meses y menores)	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
CALAN SR COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
calcipotrieno crema (equiv. DOVONEX CREMA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
calcipotrieno crema (equiv. TRIONEX)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CALCIPOTRIENO ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CALCIPOTRIENO ESPUMA, SORILUX ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
calcipotrieno pomada	-	3	DERMATOLÓGICOS
CALCIPOTRIENE SOLUCIÓN	-	3	DERMATOLÓGICOS
calcipotrieno solución (equiv. DOVONEX SOLUCIÓN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
calcipotrieno/betametasona dipropionato suspensión	-	NC	DERMATOLÓGICOS
calcipotrieno/betametasona pomada (equiv. TACLONEX)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
calcitonina inyectable (equiv. MIACALCIN)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
calcitonina spray nasal (equiv. MIACALCIN)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
calcitriol cápsulas (equiv. ROCALTROL)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CALCITRIOL INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CALCITRIOL POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
calcitriol solución (equiv. ROCALTROL)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
acetato de calcio cápsulas (equiv. PHOSLO)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
acetato de calcio comprimidos (equiv. ELIPHOS)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LÍQUIDO DE CALIBRACIÓN	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
CALQUENCE COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306, Onco360 877-662-6633 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CALSODORE PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CAMBIA POLVO	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
CAMZYOS CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
candesartán comprimidos (equiv. ATACAND)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
candesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ATACAND HCT)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CAPASTAT INYECTABLE	M	6	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
capecitabina comprimidos (equiv. XELODA)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CAPEX SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CAPLYTA CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
CAPRELSA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
capsaicina/mentol parches tópicos (equiv. SINELEE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
captopril comprimidos (equiv. CAPOTEN)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
CAPTOPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
CAPVAXIVE INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
CARAC CREMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
CARAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CARAFATE SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
CARAFATE COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
CARBAGLU COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376)	LD-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
carbamazepina comprimidos masticables (equiv. TEGRETOL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
CARBAMAZEPINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTICONVULSIVOS
carbamazepina ER cápsulas (equiv. CARBATROL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
carbamazepina ER comprimidos (equiv. TEGRETOL XR)	-	3	ANTICONVULSIVOS
carbamazepina suspensión (equiv. TEGRETOL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
carbamazepina comprimidos (equiv. TEGRETOL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
CARBATROL CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
carbidopa comprimidos (equiv. LODOSYN)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
carbidopa/levodopa ER comprimidos (equiv. SINEMET CR)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
CARBIDOPA/LEVODOPA ODT	-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
carbidopa/levodopa ODT (equiv. PARCOPA)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
carbidopa/levodopa comprimidos (equiv. SINEMET)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONA COMPRIMIDOS (equiv. STALEVO)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos (equiv. STALEVO)	-	3	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
carbinoxamina maleato comprimidos 6 mg	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
CARBINOXAMINA SOLUCIÓN	-	4	ANTIISTAMÍNICOS
carbinoxamina comprimidos (equiv. PALGIC)	-	4	ANTIISTAMÍNICOS
CARBZAH SOLUCIÓN 4 MG/5 ML	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
CARDIZEM CD CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
CARDIZEM LA COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
CARDIZEM COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
CARDURA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CARDURA XL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
cido carglúmico comprimidos (equiv. CARBAGLU) (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
carisoprodol comprimidos (equiv. SOMA)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
carisoprodol comprimidos 250 mg (equiv. SOMA)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CARISOPRODOL/ASPIRINA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
carisoprodol/aspirina comprimidos (equiv. SOMA COMPUESTO)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CARISOPRODOL/ASPIRINA/CODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
carisoprodol/aspirina/codeína comprimidos (equiv. SOMA COMPUESTO/CODEINE)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CARMOL LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CARNITOR SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CARNITOR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CARTEOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
carteolol solución oftálmica (equiv. OCUPRESS)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
carvedilol fosfato ER cápsulas (equiv. COREG CR)	-	NC	BETA BLOQUEADORES
carvedilol comprimidos (equiv. COREG)	-	2	BETA BLOQUEADORES
CASODEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CATAPRES-TTS PARCHES	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CAYSTON SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (Restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas o Neumología; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-RS	5	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
CEFACTOR CÁPSULAS	-	4	CEFALOSPORINAS
cefactor cápsulas (equiv. CECLOR)	-	4	CEFALOSPORINAS
CEFACTOR ER COMPRIMIDOS	-	4	CEFALOSPORINAS
CEFACTOR SUSPENSIÓN	-	4	CEFALOSPORINAS
cefadroxilo cápsulas (equiv. DURICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefadroxilo suspensión (equiv. DURICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefadroxilo comprimidos (equiv. DURICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
CEFADROXIL COMPRIMIDOS	-	3	CEFALOSPORINAS
cefdinir cápsulas (equiv. OMNICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefdinir suspensión (equiv. OMNICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
CEFDITOREN COMPRIMIDOS	-	4	CEFALOSPORINAS
cefixima cápsulas (equiv. SUPRAX)	-	4	CEFALOSPORINAS
cefixima suspensión (equiv. SUPREX)	-	4	CEFALOSPORINAS
CEFPODOXIMA PROXETILO SUSPENSIÓN	-	4	CEFALOSPORINAS
cefpodoxima proxetilo comprimidos (equiv. VANTIN)	-	4	CEFALOSPORINAS
cefprozil suspensión (equiv. CEFZIL)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefprozil comprimidos (equiv. CEFZIL)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefuroxima comprimidos (equiv. CEFTIN)	-	2	CEFALOSPORINAS
CELEBREX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
celecoxib cápsulas (equiv. CELEBREX)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
CELEXA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
CELLCEPT CÁPSULAS	-	NC	CLASES SURTIDAS
CELLCEPT SUSPENSIÓN	-	NC	CLASES SURTIDAS
CELLCEPT COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
CELONTIN CÁPSULAS	-	4	ANTICONVULSIVOS
CENTANY POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
cefalexina cápsulas (equiv. KEFLEX)	-	2	CEFALOSPORINAS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
cefalexina cápsulas 750 mg (equiv. KEFLEX)	-	NC	CEFALOSPORINAS
cefalexina suspensión (equiv. KEFLEX)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefalexina comprimidos	-	NC	CEFALOSPORINAS
CEQUA (PF) SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VEVYE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CEQR SIMPLICITY	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
CERDELGA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CERVICAL CÁPSULAS	-	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
CESAMET CÁPSULAS	-	4	ANTIEMÉTICOS
cesia comprimidos (equiv. CYCLESSA)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
cetirizina comprimidos masticables (equiv. ZYRTEC)	OTC	NC	ANTIISTAMÍNICOS
cetrorelix acetato para kit inyectable (equiv. CETROTIDE)	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CETROTIDE KIT	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CETYLEV COMPRIMIDOS	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
cevimelina cápsulas (equiv. EVOXAC)	-	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
CHEMET CÁPSULAS	-	3	ANTÍDOTOS
CHENODAL COMPRIMIDOS, CTEXLI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
clordiazepóxido cápsulas (equiv. LIBRIUM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
CLORDIAZEPÓXIDO/AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
clordiazepóxido/clidinio cápsulas (equiv. LIBRAX)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
gluconato de clorhexidina solución (equiv. PERIDEX)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
CLOROQUINA COMPRIMIDOS	-	2	ANTIMALÁRICOS
cloroquina comprimidos (equiv. ARALEN)	-	2	ANTIMALÁRICOS
CLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS	-	2	DIURÉTICOS
clorotiazida comprimidos (equiv. DIURIL)	-	2	DIURÉTICOS
CHLORPROMAZINE CONC	-	NC	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
clorpromazina comprimidos (equiv. THORAZINE)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
clortalidona comprimidos	-	2	DIURÉTICOS
cloroxazona comprimidos	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CLORZOAZONA COMPRIMIDOS 250 MG, LORZONE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
cloroxazona comprimidos 500 mg	-	3	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CHOLBAM CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de Dohmen LSS 844-246-5226)	LD-PA	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
colecalfiferol cápsulas 50000 unidades	-	2	VITAMINAS
colestiramina lite polvo (equiv. QUESTRAN LITE)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestiramina lite polvo en paquete (equiv. QUESTRAN LITE)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestiramina polvo (equiv. QUESTRAN)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestiramina polvo en paquete (equiv. QUESTRAN)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
CIALIS COMPRIMIDOS	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
CIALIS COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
cicatrace kit (equiv. REXASIL)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ciclopirox crema (equiv. LOPROX CREAM)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ciclopirox gel (equiv. LOPROX GEL)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ciclopirox solución para uñas (equiv. PENLAC)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ciclopirox shampoo (equiv. LOPROX SHAMPOO)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ciclopirox suspensión tópica (equiv. LOPROX SUSPENSIÓN)	-	2	DERMATOLÓGICOS
cilostazol comprimidos (equiv. PLETAL)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CILOXAN POMADA OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	€	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
CILOXAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CIMDUO COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
cimetidina solución (equiv. CIMETIDINA)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
cimetidina comprimidos (equiv. TAGAMET)	OTC	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
CIMZIA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
cinacalcet comprimidos (equiv. SENSIPAR)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MISC.
SIGNIFOR INYECTABLE (QL= 16 viales/28 días; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CIPRO HC SUSPENSIÓN ÓTICA	-	4	AGENTES ÓTICOS
CIPRO SUSPENSIÓN	-	4	FLUOROQUINOLONES
CIPRO COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONES
CIPRODEX SUSPENSIÓN ÓTICA	-	NC	AGENTES ÓTICOS
CIPROFLOXACINA 100 MG COMPRIMIDOS	-	4	FLUOROQUINOLONES
ciprofloxacina hcl solución ótica (equiv. CETRAXAL)	-	3	AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacina solución oftálmica (equiv. CILOXAN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ciprofloxacina suspensión (equiv. CIPRO)	-	3	FLUOROQUINOLONES
ciprofloxacina comprimidos (equiv. CIPRO)	-	2	FLUOROQUINOLONES
ciprofloxacina/dexametasona suspensión ótica (equiv. CIPRODEX)	-	3	AGENTES ÓTICOS
CITALOPRAM CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
citalopram solución (equiv. CELEXA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
citalopram comprimidos (equiv. CELEXA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
CITRANATAL MEDLEY CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
CITRULLINE EASY COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MISC.
CLARIFOAM EF ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLARINEX JARABE	PA	4	ANTIISTAMÍNICOS
CLARINEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
CLARINEX-D COMPRIMIDOS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
claritromicina ER comprimidos (equiv. BIAXIN XL)	-	4	MACRÓLIDOS
CLARITROMICINA SUSPENSIÓN	-	3	MACRÓLIDOS
claritromicina comprimidos (equiv. BIAXIN)	-	2	MACRÓLIDOS
CLARITIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	OTC	EXC	ANTIISTAMÍNICOS
CLEMASTINA JARABE	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
clemastina comprimidos (equiv. TAVIST)	-	4	ANTIISTAMÍNICOS
CLEMASTINA COMPRIMIDOS (GENUS LIFESCENCES)	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
CLEMASTINA COMPRIMIDOS, CLEMASZ COMPRIMIDOS	-	4	ANTIISTAMÍNICOS
CLEMSZA COMPRIMIDOS 2.68MG	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
CLENIA PLUS SUSPENSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLENPIQ SOLUCIÓN	-	NC	LAXANTES
CLEOCIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
CLEOCIN SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
CLEOCIN CREMA VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES (QL= 3 supositorios/reposición)	QL	4	PRODUCTOS VAGINALES
CLEOCIN-T GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN-T LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN-T TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN-T SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLIMARA PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	€ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
CLIMARA PRO PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS
CLINDACIN KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clindamicina cápsulas (equiv. CLEOCIN)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
clindamicina espuma (equiv. EVOCLIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clindamicina gel (equiv. CLEOCIN GEL)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina loción (equiv. CLEOCIN- T)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina toallitas (equiv. CLEOCIN- T)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina fosfato-peróxido de benzoílo gel 1.2- 3.75% (equiv. ONEXTON)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clindamicina solución (equiv. CLEOCIN)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
clindamicina solución tópica (equiv. CLEOCIN-T)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina crema vaginal (equiv. CLEOCIN)	QL	2	PRODUCTOS VAGINALES
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZACLIN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. DUAC GEL)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clindamicina/tretinoína gel (equiv. ZIANA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLINDAVIX KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLINDESSE CREMA VAGINAL (QL= 1 aplicador/reposición)	QL	4	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
CLINISTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
clobazam suspensión (equiv. ONFI) (Se requiere autorización previa para miembros mayores de 9 años)	PA	3	ANTICONVULSIVOS
clobazam comprimidos (equiv. ONFI)	-	2	ANTICONVULSIVOS
clobetasol E espuma (equiv. OLUX E)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clobetasol espuma (equiv. OLUX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clobetasol loción (equiv. CLOBEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
CLOBETASOL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
propionato de clobetasol crema (equiv. TEMOVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
CLOTRIMAZOL PROPIONATO CREMA, IMPOYZ CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol crema emoliente (equiv. TEMOVATE E)	-	3	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol gel (equiv. TEMOVATE GEL)	-	3	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol pomada (equiv. TEMOVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol solución (equiv. TEMOVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clobetasol shampoo (equiv. CLOBEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clobetasol spray (equiv. CLOBEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
CLOBETAVIX KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOBEX LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOBEX SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOBEX SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOCORTOLONA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clocortolona pivalato crema (QL= 90 g/30 días)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
CLODERM CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clomifeno citrato comprimidos (equiv. CLOMID)	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS – MISC.
CLOMIFENO COMPRIMIDOS	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
clomipramina cápsulas (equiv. ANAFRANIL)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
clonazepam ODT (equiv. KLONOPIN)	-	4	ANTICONVULSIVOS
clonazepam comprimidos (equiv. KLONOPIN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
clonidina ER comprimidos (equiv. KAPVAY)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTI OBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
clonidina parches (equiv. CATAPRES-TTS)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
clonidina comprimidos (equiv. CATAPRES)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
clopidogrel comprimidos 75 mg (equiv. PLAVIX)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CLOPIDOGREL PAQUETE DE TERAPIA	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
clorazepato comprimidos (equiv. TRANXENE-T)	-	4	AGENTES ANTIANSIEDAD
clotrimazol crema (equiv. LOTRIMIN AF)	OTC	NC	DERMATOLÓGICOS
clotrimazol pastillas (equiv. MYCELEX PASTILLAS)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
clotrimazol/betametasona crema (equiv. LORTRISONE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
CLOTRIMAZOL/BETAMETASONA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clotrimazol/betametasona loción (equiv. LOTRISONE LOCIÓN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOZAPINA ODT	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
clozapina ODT comprimidos (equiv. CLOZAPINA, FAZACLO)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
CLOZAPINA ODT, FAZACLO ODT	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
clozapina comprimidos (equiv. CLOZARIL)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
CLOZARIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
COAGADEX INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
COARTEM COMPRIMIDOS	-	4	ANTIMALÁRICOS
COBENFY CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
COBENFY CÁPSULAS PAQUETE DE INICIO	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
COCAÍNA HCL SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
CODEÍNA SULFATO SOLUCIÓN	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
codeína sulfato comprimidos	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
COLAZAL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
COLCHICINA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
colchicina cápsulas (equiv. COLCHICINA)	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
colchicina comprimidos (equiv. COLCRYS)	-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
colchicina/probenecida comprimidos (equiv. COL-BENEMID)	-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
COLCRYS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
colesevelam paquete (equiv. WELCHOL)	-	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colesevelam comprimido (equiv. WELCHOL)	-	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
COLESTID GRÁNULOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
COLESTID POLVO EN PAQUETE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
COLESTID COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestipol gránulos (equiv. COLESTID)	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestipol polvo en paquete (equiv. COLESTID)	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestipol comprimidos (equiv. COLESTID)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
COLLANEX POLVO EXTERNO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COLY-MYCIN S SUSPENSIÓN ÓTICA	-	3	AGENTES ÓTICOS
COMBIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
COMBIPATCH	-	3	ESTRÓGENOS
COMBIVENT RESPIMAT INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
COMBIVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
COMBOGESIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
COMETRIQ KIT (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
COMIRNATY INYECTABLE (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
COMIRNATY INYECTABLE 30 MCG/0.3 ML (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
COMPLERA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIVIRALES
COMTAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
CONCEPT DHA CÁPSULAS	-	2	MULTIVITAMINAS
CONCEPTROL GEL	OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
CONCERTA COMPRIMIDOS, RITALIN SR COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTI OBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
CONDYLOX GEL	-	4	DERMATOLÓGICOS
CONJUPRI COMPRIMIDOS, LEVAMLODIPINA COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
CONSENSI COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
PELÍCULA ANTICONCEPTIVA	OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
ESPUMA ANTICONCEPTIVA	OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
GEL ANTICONCEPTIVO	OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
SUPOSITORIO ANTICONCEPTIVO	OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
COPAXONE INY.	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
COPIKTRA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CORDARONE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
CORDRAN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN CREMA 0.025%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN TIRAS	-	4	DERMATOLÓGICOS
COREG CR CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
COREG COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
CORGARD COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
CORIFACT KIT	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CORLANOR SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
CORLANOR COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
CORTANE-B SOLUCIÓN ÓTICA	-	NC	AGENTES ÓTICOS
CORTEF COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
CORTENEMA	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
CORTIC-ND GOTAS	-	NC	AGENTES ÓTICOS
CORTIFOAM	-	4	AGENTES ANORRECTALES
ACETATO DE CORTISONA COMPRIMIDOS	-	3	CORTICOSTEROIDES
CORTISPORIN CREMA	-	4	DERMATOLÓGICOS
CORTISPORIN POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
CORTROPHIN INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CORTROFIN GEL INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CORVITE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
COSENTYX INY. (1 PAQUETE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSENTYX INY. (2 PAQUETES)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSENTYX INYECTABLE 300 MG/2 ML	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSENTYX UNO INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSOPT PF SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
COTELLIC COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
COTEMPLA XR ODT	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
COUMADIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICOAGULANTES
COVID-19 TEST	OTC	EXC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-11 AÑOS (MODERNA) (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-4 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
COXANTO CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
COZAAR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CRENESSITY CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CRENESSITY SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CREON CÁPSULAS	-	NC	AYUDA DIGESTIVA
CRESEMBA CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
CRESTOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
CREXONT CÁPSULAS, RYTARY CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
CRINONE GEL	PA	3	PRODUCTOS VAGINALES
CRIXIVAN CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
cromolina concentrada (equiv. GASTROCROM)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
cromolina solución para nebulizar (equiv. INTAL)	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
cromolina solución oftálmica (equiv. CROLOM)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CROMOLINA DE SODIO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CROTAN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
cryselle comprimidos	-	1	ANTICONCEPTIVOS
CUE COVID-19 CARTUCHO DE PRUEBA	OTC	EXC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
CUE MONITOR DE SALUD	OTC	EXC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
CUPRIMINE CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
CUTAQUIG INYECTABLE	-	NC	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
CUTIVATE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CUVITRU INYECTABLE	-	NC	AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS
CUVPOSA SOLUCIÓN	-	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
CUVRIOR COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
cianocobalamina inyectable	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
cianocobalamina spray nasal 500 mcg/0.1 ml (equiv. NASCOBAL)	-	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CICLOBENZAPRINA KIT COMPUESTO	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina ER cápsulas (equiv. AMRIX)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina comprimidos 10 mg (equiv. FLEXERIL)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina comprimidos 5 mg (equiv. FLEXERIL)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina comprimidos 7.5 mg (equiv. FEXMID)	-	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOMYDRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ciclopentolato solución oftálmica (equiv. CYCLOGYL)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ciclofosfamida cápsulas	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDOS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CICLOSERINA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
CYCLOSET COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDIABÉTICOS
ciclosporina cápsulas (equiv. SANDIMMUNE)	-	5	CLASES SURTIDAS
ciclosporina modificada cápsulas (equiv. NEORAL)	-	5	CLASES SURTIDAS
ciclosporina modificada solución (equiv. NEORAL)	-	5	CLASES SURTIDAS
ciclosporina emulsión oftálmica (equiv. RESTASIS) (QL= 60 viales/30 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría)	QL-RS	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CICLOSPORINA EMULSIÓN OFTÁLMICA 0.1%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CYFOLEX CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CYKLOKAPRON INYECTABLE	-	NC	HEMOSTÁTICOS
CYLTEZO KIT DE AUTOINYECTOR (adalimumab-adbm)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
CYLTEZO INYECTABLE (adalimumab-adbm)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
CYMBALTA CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ciproheptadina jarabe	-	2	ANTIISTAMÍNICOS
ciproheptadina comprimidos	-	2	ANTIISTAMÍNICOS
CYSTADANE POLVO (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -MISC.
CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL = 4 botellas/28 días; restringido a especialistas de Oftalmología; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007)	LD-QL-RS	5	AGENTES OFTÁLMICOS
CYSTAGON CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-238-7828)	LD	5	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-QL-RS	5	AGENTES OFTÁLMICOS
CYTOMEL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
CYTOTEC COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
CYTRA K CRISTALES	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
CYTRA-3 JARABE	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
D.H.E. INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
dabigatrán etexilato mesilato cápsulas (equiv. PRADAXA)	-	3	ANTICOAGULANTES
dalfampridina ER comprimidos (equiv. AMPYRA)	MSP	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DALIRESP COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
danazol cápsulas (equiv. DANOCRINE)	-	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
DANTRIUM CÁPSULAS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
dantroleno cápsulas (equiv. DANTRIUM)	-	3	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
DANZITEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 10-1000 MG	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 5-1000 MG	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
DAPAGLIFLOZINA PROPRANEDIOL COMPRIMIDO 10 MG	-	NC	ANTIDIABÉTICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DAPAGLIFLOZINA PROPRANEDIOL COMPRIMIDOS 5 MG	-	NC	ANTIABIÉTICOS
dapsona gel (equiv. ACZONE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
dapsona comprimidos	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
DAPTACEL INYECTABLE, INFANRIX INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
DARAPRIM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
darifenacina SR comprimidos (equiv. ENABLEX)	-	3	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
DARTISLA ODT COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
darunavir comprimidos (equiv. PREZISTA)	-	3	ANTIVIRALES
dasatinib comprimidos (equiv. SPRYCEL)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
DAURISMO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
DAWNZERA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
DAYBUE SOLUCIÓN (QL= 8 botellas/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
DAYPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
DAYTRANA PARCHES	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
DAYVIGO COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
DAZOMON GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DDAVP INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DDAVP SOLUCIÓN NASAL	-	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DDAVP SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DDAVP COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DEBACTEROL SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
deferasirox paquete de gránulos (equiv. JADENU)	MSP	5	ANTÍDOTOS Y ANAGONISTAS ESPECÍFICOS
deferasirox comprimidos (equiv. JADENU)	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANAGONISTAS ESPECÍFICOS
deferasirox comprimidos para suspensión oral (equiv. EXJADE)	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANAGONISTAS ESPECÍFICOS
deferiprona comprimidos (equiv. FERRIPROX) (Únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553)	LD-PA	2	ANTÍDOTOS Y ANAGONISTAS ESPECÍFICOS
deflazacort suspensión (equiv. EMFLAZA)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
deflazacort comprimidos (equiv. EMFLAZA)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
DEGLUDEC FLEXTOUCH INYECTABLE	-	NC	ANTIABIÉTICOS
DEGLUDEC INYECTABLE	-	NC	ANTIABIÉTICOS
DELESTROGEN INYECTABLE (QL= 5ml/reposición)	QL	4	ESTRÓGENOS
DELSTRIGO COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
DELZICOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
demeclociclina comprimidos (equiv. DECIOMYCIN)	-	4	TETRACICLINAS
DEMEROL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
DEMSEER CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DENAVIR CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DENGAXIA SUSPENSIÓN	VAC	1	VACUNAS
DEPAON INYECTABLE	-	NC	ANTICONVULSIVOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DEPAKENE CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKENE JARABE	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE CÁPSULAS DISPERSABLES	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPEN TITRATAB	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
DEPLIN CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
DEPO-MEDROL INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES
DEPO-MEDROL INYECTABLE, METILPREDNISOLONA ACETATO INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES
DEPO-PROVERA INYECTABLE	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
DEPO-PROVERA SC INYECTABLE 104 MG (QL= 1 iny/90 días)	QL	1	ANTICONCEPTIVOS
DERMACINRX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DERMACINRX KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DERMALID PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DERMA-SMOOTH/FS ACEITE	-	3	DERMATOLÓGICOS
DERMOTIC ACEITE	-	NC	AGENTES ÓTICOS
DESCOVY COMPRIMIDOS	PA	1	ANTIVIRALES
desipramina comprimidos (equiv. NORPRAMIN)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
DESLOTATADINA ODT	-	EXC	ANTIISTAMÍNICOS
desloratadina comprimidos (equiv. CLARINEX)	-	EXC	ANTIISTAMÍNICOS
acetato de desmopresina inyectable (equiv. DDAVP)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
acetato de desmopresina spray nasal (equiv. DDAVP)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
acetato de desmopresina comprimidos (equiv. DDAVP)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DESMOPRESINA SPRAY NASAL	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DESOGEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
DESONATE GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
desonide crema (equiv. DESOWEN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
desonide gel	-	NC	DERMATOLÓGICOS
desonide loción	-	NC	DERMATOLÓGICOS
desonide pomada	-	3	DERMATOLÓGICOS
DESOWEN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESOWEN CREMA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESOWEN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESOWEN LOCIÓN KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESOWEN POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESOWEN POMADA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoximetasona crema (equiv. TOPICORT CREMA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
desoximetasona crema 0.05% (equiv. TOPICORT)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESOXIMETASONA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoximetasona pomada (equiv. TOPICORT)	-	3	DERMATOLÓGICOS
desoximetasona pomada 0.05% (equiv. TOPICORT)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESODYN COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ)	-	2	ANTIDEPRESIVOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
DETROL LA CÁPSULAS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
DETROL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
DEXAMETASONA CONCENTRADA	-	2	CORTICOSTEROIDES
dexametasona elixir	-	2	CORTICOSTEROIDES
DEXAMETASONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
dexametasona paquete (equiv. DEXPAK)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
DEXAMETASONA FOSFATO SÓDICO INYECTABLE	-	2	CORTICOSTEROIDES
DEXAMETASONA SOLUCIÓN	-	2	CORTICOSTEROIDES
DEXAMETASONA COMPRIMIDOS	-	2	CORTICOSTEROIDES
dexametasona comprimidos (equiv. DECADRON)	-	2	CORTICOSTEROIDES
DEXCLORFENIRAMINA JARABE	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
DEXCOM G6 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G6 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G6 TRANSMISOR (QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G7 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G7 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS) (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXEDRINE CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
DEXILANT DR CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
dexlansoprazol DR cápsulas (equiv. DEXILANT)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
dexmetilfenidato ER cápsulas (equiv. FOCALIN XR)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
dexmetilfenidato comprimidos (equiv. FOCALIN)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
DEXPAK COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
DEXTENZA INSERTO OFTÁLMICO	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. DEXEDRINE)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina solución (equiv. PROCENTRA)	-	4	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 15 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 2.5 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 20 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 30 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
dextroanfetamina sulfato comprimidos 7.5 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina comprimidos (equiv. DEXEDRINE)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DHIVY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
MEDIDOR DE GLUCOSA (todos los demás medidores de glucosa)	OTC	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DIACOMIT CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT POLVO EN PAQUETE	-	5	ANTICONVULSIVOS
DIALYVITE COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMINAS
dialyvite comprimidos (equiv. NEPHRO-VITE)	-	NC	MULTIVITAMINAS
DIALYVITE/ZINC COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMINAS
DIAFRAGMA	-	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DIASSTAT ACDL GEL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DIASSTAT GEL RECTAL, DIAZEPAM GEL RECTAL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
diazepam concentrado (equiv. VALIUM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
DIAZEPAM GEL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
diazepam solución oral 5 mg/5 ml (equiv. DIAZEPAM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
diazepam gel rectal (QL= 4 dosis/reposición)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
diazepam comprimidos (equiv. VALIUM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
diazóxido suspensión (equiv. PROGLYCEM)	-	4	ANTIABIÉTICOS
DIBENZYLINE CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
diclorfenamida comprimidos (equiv. KEVEYIS)	-	NC	DIURÉTICOS
DICLEGIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
DICLOFENAC CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco gel (equiv. SOLARAZE) (QL = 300 gm/30 días)	PA-QL	3	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco gel 1% (equiv. VOLTAREN) (QL= 5 pomos/reposición)	QL	2	DERMATOLÓGICOS
DICLOFENACO PARCHES, FLECTOR PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco potásico (migraña) paquete (equiv. CAMBIA)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
diclofenaco potásico cápsulas (equiv. ZIPSOR)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco potásico comprimidos (equiv. CATAFLAM)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco potásico comprimidos 25 mg (equiv DICLOFENAC)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco sódico EC comprimidos (equiv. VOLTAREN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco sódico kit de gel (equiv. VENNGEL)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco sódico solución oftálmica (equiv. VOLTAREN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
diclofenaco sódico solución 2% (equiv. PENNSAID)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco sódico XR comprimidos (equiv. VOLTAREN XR)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco solución 1.5% (equiv. PENNSAID) (QL= 3 frascos/reposición)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco/misoprostol DR comprimidos (equiv. ARTHROTEC)	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
DICLONA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DICLOTREX PAQUETE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
dicloxacilina cápsulas (equiv. DYNAPEN)	-	2	PENICILINAS
dicloamina cápsulas (equiv. BENTYL)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
dicloamina solución (equiv. BENTYL)	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
dicloamina comprimidos (equiv. BENTYL)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
DICICLOMINA COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
didanosina DR cápsulas (equiv. VIDEX EC)	-	2	ANTIVIRALES

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DIDANOSINA CÁPSULAS, VIDEX EC CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
DIETILPROPIÓN ER COMPRIMIDOS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dietilpropión comprimidos	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DIFFERIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN OTC GEL 0.1% (Solo para Acné - Se requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	OTC-PA	2	DERMATOLÓGICOS
DIFICID SUSPENSIÓN (QL= 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3	MACRÓLIDOS
DIFICID COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3	MACRÓLIDOS
DIFLORASONA CREMA, PSORCON CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
diflorasona pomada	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFLUCAN SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
DIFLUCAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
diflunisal comprimidos (equiv. DOLOBID)	-	2	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
difluprednato emulsión oftálmica (equiv. DUREZOL)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
digoxina solución (equiv. LANOXIN)	-	2	CARDIOTÓNICOS
DIGOXIN SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	-	2	CARDIOTÓNICOS
digoxina comprimidos (equiv. LANOXIN)	-	2	CARDIOTÓNICOS
digoxina comprimidos 62.5 mcg (equiv. LANOXIN)	-	NC	CARDIOTÓNICOS
dihidroergotamina mesilato inyectable (equiv. D.H.E.)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
dihidroergotamina mesilato spray nasal (equiv. MIGRANAL)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
DILACOR XR CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
DILANTIN CÁPSULAS 100 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN CÁPSULAS 30 MG	-	3	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN INFATABS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DILAUDID COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM CD)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER cápsulas (equiv. DILACOR XR)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER cápsulas (equiv. TIAZAC)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM SR)	-	3	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER comprimidos (equiv. CARDIZEM LA)	-	3	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem comprimidos (equiv. CARDIZEM)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
dimetilfumarato DR cápsulas (equiv. TECFIDERA)	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
dimetilfumarato DR paquete de inicio (equiv. TECFIDERA PAQUETE DE INICIO)	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DIOVAN HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DIOVAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DIPENTUM CÁPSULAS	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
difenhidramina inyectable (equiv. BENADRYL)	-	3	ANTIISTAMÍNICOS
DIFENOXILATO/ATROPINA LÍQUIDO	-	4	AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS
difenoxilato/atropina comprimidos (equiv. LOMOTIL)	-	2	ANTIDIARREICOS
DIPROLENE AF CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	€	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DIPROLENE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFTERIA/TÉTANOS TOXOIDE (PEDIÁTRICO) INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
dipiridamol comprimidos (equiv. PERSANTINE)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
disopiramida cápsulas (equiv. NORPACE)	-	2	ANTIARRÍTMICOS
disulfiram comprimidos (equiv. ANTABUSE)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
disulfiram comprimidos 500 mg	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DITROPAN XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
DIURIL SUSPENSIÓN	-	3	DIURÉTICOS
divalproex ER comprimidos (equiv. DEPAKOTE ER)	-	2	ANTICONVULSIVOS
divalproex sódico DR comprimidos (equiv. DEPAKOTE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
divalproex cápsulas dispersables (equiv. DEPAKOTE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
DIVIGEL GEL	-	NC	ESTRÓGENOS
DIVIGEL GEL, ELESTRIN GEL	-	NC	ESTRÓGENOS
dofetilida cápsulas (equiv. TIKOSYN)	-	3	ANTIARRÍTMICOS
DOJOLVI LÍQUIDO ORAL	-	NC	NUTRIENTES
DOLGIC PLUS COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
DOLOBID COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
donepezilo ODT (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
donepezilo comprimidos (equiv. ARICEPT) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
donepezilo comprimidos 23 mg (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DONNATAL ELIXIR	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
DONNATAL COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
DOPTLET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
DORYX MPC COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
DORYX COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
dorzolamida solución oftálmica (equiv. TRUSOPT)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamida/timolol (pf) solución oftálmica (equiv. COSOPT)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
DORZOLAMIDA/TIMOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
DOVATO COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
DOVONEX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
doxazosina comprimidos (equiv. CARDURA)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
doxepina cápsulas (equiv. SINEQUAN)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
doxepina concentrada (equiv. SINEQUAN)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
DOXEPIN CREMA, PRUDOXIN CREMA, ZONALON CREMA	PA	4	DERMATOLÓGICOS
DOXEPIN HCL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
doxepina comprimidos (equiv. SILENOR)	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
DOXERCALCIFEROL CÁPSULAS	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
doxercalciferol cápsulas (equiv. HECTOROL)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
doxiciclina (rosácea) cápsulas de liberación retardada (equiv. ORACEA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hiclato de doxiciclina cápsulas (equiv. VIBRAMYCIN)	-	2	TETRACICLINAS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
hiclato de doxiciclina DR comprimidos (equiv. DORYX)	-	4	TETRACICLINAS
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. VIBRATAB)	-	2	TETRACICLINAS
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. TARGADOX)	-	NC	TETRACICLINAS
hiclato de doxiciclina comprimidos 75 mg, 150 mg (equiv. ACTICLATE)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsula (equiv. MONODOX)	-	2	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv. MONODOX)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas 75 mg (equiv. MONODOX)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas (equiv. ADOXA)	-	2	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv. ADOXA)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina suspensión (equiv. VIBRAMYCIN)	-	3	TETRACICLINAS
doxilamina/piridoxina dr comprimidos (equiv. DICLEGIS)	-	NC	ANTIEMÉTICOS
D-PENAMINE COMPRIMIDOS	-	3	CLASES SURTIDAS
DRISDOL CÁPSULAS	-	NC	VITAMINAS
DRITHO-SCALP CREMA	-	4	DERMATOLÓGICOS
DRIZALMA DR CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
dronabinol cápsulas (equiv. MARINOL)	PA	3	ANTIEMÉTICOS
drospirenona/etinilestradiol/levomefolato comprimidos (equiv. BEYAZ)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
DROXIA CÁPSULAS	-	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
droxidopa cápsulas (equiv. NORTHERA)	-	NC	VASOCOMPRESORES
DRYSOL SOLUCIÓN	-	2	DERMATOLÓGICOS
DSUVIA SL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
DUAC GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DUAKLIR INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
DUETACT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
DUEXIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
DULERA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
duloxetine cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA)	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
duloxetine EC cápsulas (equiv. CYMBALTA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
DULOXICAÍNA PAQUETE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DUOBRII LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DUOPA ENTERAL SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
DUOVISC KIT	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
DUREZOL EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
dutasterida cápsulas (equiv. AVODART)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
dutasterida/tamsulosina cápsulas (equiv. JALYN)	-	3	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
DUTOPROL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DUVYZAT SUSPENSIÓN ORAL	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
DUZALLO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
DXEVO PAK DE 11 DÍAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
DYANAVEL XR MASTICABLE	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTI OBESIDAD/ANOREXÍGENOS
DYMISTA SPRAY	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DYNACIN COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
DYRENIUM CÁPSULAS	-	NC	DIURÉTICOS
E.E.S. COMPRIMIDOS	-	4	MACRÓLIDOS
EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
EB-N3 DR CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
ECONASIL KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
econazol crema (equiv. SPECTAZOLE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ECOZA ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EDARBI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
EDARBYCLOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
EDECIN COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
EDLUAR SL COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
EDURANT PED COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EDURANT COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EFAVIRENZ CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
efavirenz comprimidos (equiv. SUSTIVA)	-	2	ANTIVIRALES
efavirenz/emtricitabina/tenofovir df comprimidos (equiv. ATRIPLA)	-	3	ANTIVIRALES
efavirenz/lamivudina/tenofovir df (lo) comprimidos (equiv. SYMFI [LO])	-	3	ANTIVIRALES
EFAVIRENZ/LAMIVUDINA/TENOFOVIR COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EFFEXOR XR CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
EFFIENT COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
EFUDEX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EGATEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
EGRIFTA INYECTABLE	-	EXC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
EGRIFTA WR KIT	-	EXC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
EKTERLY COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ELDEPYRL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ELEPSIA XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
eletriptán comprimidos (equiv. RELPAX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ELIDEL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELIGEN B12 COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
ELIMITE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELIPHOS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ELIQUIS COMPRIMIDOS, ELIQUIS PAQUETE DE INICIO	-	3	ANTICOAGULANTES
ELIXOPHYLLIN ELIXIR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
ELLA COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ELMIRON CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
ELOCON CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELOCON POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELOCTATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
eltrombopag olamina paquete de polvo para suspensión (equiv. PROMACTA) (QL= 1 paquete/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eltrombopag olamina comprimidos 75 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eluryng anillo vaginal (equiv. NUVARING)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ELYXYB SOLUCIÓN	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
EMBECTA JERINGA DE INSULINA	--OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
EMBECTA AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
EMCYT CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EMEND PAK	-	NC	ANTIEMÉTICOS
EMEND SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIEMÉTICOS
EMFLAZA SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
EMFLAZA COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
EMGALITY INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
EMGALITY INYECTABLE 100 MG/ML	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
EMPAVELI INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
EMROSI CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EMSAM PARCHES	-	4	ANTIDEPRESIVOS
emtricitabina cápsulas (equiv. EMTRIVA)	-	2	ANTIVIRALES
emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato comprimidos (equiv. TRUVADA)	-	1	ANTIVIRALES
emtricitabina/rilpivirina-tenofovir df comprimidos (equiv. COMPLERA)	-	3	ANTIVIRALES
EMTRIVA CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
EMTRIVA SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
EMVERM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
ENABLEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
enalapril maleato solución oral (equiv. EPANED) (Se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años)	PA	4	ANTIHIPERTENSIVOS
enalapril comprimidos (equiv. VASOTEC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
enalapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. VASERETIC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
ENBREL INYECTABLE 25 MG (QL= 8 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENBREL INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENBREL MINI INY. (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENDARI POLVO EN PAQUETE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ENDOMETRIN INSERTO VAGINAL	PA	3	PRODUCTOS VAGINALES
ENFLONIA INYECTABLE	VAC	1	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
ENGERIX-B INYECTABLE, RECOMBIVAX-HB INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
enoxaparina inyectable (equiv. LOVENOX)	-	3	ANTICOAGULANTES
enpresse comprimidos (equiv. TRI-LEVELEN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ENSACOVE CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ENSPRYNG INYECTABLE	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ENSTILAR ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
entacapona comprimidos (equiv. COMTAN)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ENTADFI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
entecavir comprimidos (equiv. BARACLUDE) (QL= 1 comprimido/día)	QL	5	ANTIVIRALES
ENTEREG CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ENTRESTO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ENTRESTO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ENTYVIO SC INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ENVARUS XR COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
EOHILIA SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
EPANED SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTIHIPERTENSIVOS
EPCLUSA PAK	-	NC	ANTIVIRALES
EPCLUSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
EPICERAM EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EPIDIOLEX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	ANTICONVULSIVOS
EPIDUO FORTE GEL 0.3-2.5%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EPIDUO GEL 0.1-2.5%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EPIFOAM AEROSOL	-	3	DERMATOLÓGICOS
epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
epinefrina hcl solución nasal (equiv. ADRENALIN)	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
epinefrina pluma inyectable 0.15 mg, 0.3 mg (equiv. EPIPEN [JR]) (QL= 2 iny./reposición)	QL	2	VASOCOMPRESORES
EPIPEN (JR) INYECTABLE	-	NC	VASOCOMPRESORES
EPIVIR HBV SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
EPIVIR SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
EPIVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
eplerenona comprimidos (equiv. INSPRA)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
EPRONTIA SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTICONVULSIVOS
EPSOLAY CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EPZICOM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
EQUETRO CÁPSULAS	-	3	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ERGOCAL CÁPSULAS	-	NC	VITAMINAS
MESILATO ERGOLOIDE COMPRIMIDOS	-	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ERGOMAR SL COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/28 días)	PA-QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
tartrato de ergotamina/cafeína comprimidos (equiv. CAFERGOT)	-	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ERGOTAMINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS	-	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ERIVEDGE CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ERLEADA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
erlotinib comprimidos (equiv. TARCEVA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
erlotinib comprimidos 25 mg (equiv. TARCEVA) (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ERMEZA SOLUCIÓN 150 MCG/5 ML	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
ERTACZO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ERY TOALLITAS	-	3	DERMATOLÓGICOS
ERYPED SUSPENSIÓN	-	NC	MACRÓLIDOS
ERITROMICINA CÁPSULAS DR	-	3	MACRÓLIDOS
eritromicina DR cápsulas (equiv. ERYC)	-	3	MACRÓLIDOS
ERITROMICINA EC CÁPSULAS	-	3	MACRÓLIDOS
eritromicina etilsuccinato suspensión (equiv. ERYPED)	-	3	MACRÓLIDOS
eritromicina etilsuccinato comprimidos (equiv. E.E.S.)	-	4	MACRÓLIDOS
eritromicina gel	-	2	DERMATOLÓGICOS
eritromicina pomada oftálmica	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ERITROMICINA POMADA OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
eritromicina toallitas	-	2	DERMATOLÓGICOS
eritromicina solución	-	2	DERMATOLÓGICOS
eritromicina comprimidos (equiv. ERYTHROMYCIN) (todas las formas, salvo PCE)	-	3	MACRÓLIDOS
eritromicina comprimidos (equiv. ERY-TAB)	-	4	MACRÓLIDOS
eritromicina/peróxido de benzoilo gel (equiv. BENZAMYCIN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ERZOFRI INYECTABLE 117 MG/0.75 ML	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ERZOFRI INYECTABLE 156 MG/ML	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ERZOFRI INYECTABLE 234 MG/1.5 ML	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ERZOFRI INYECTABLE 351 MG/2.25 ML	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ERZOFRI INYECTABLE 39 MG/0.25 ML	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ERZOFRI INYECTABLE 78 MG/0.5 ML	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
ESBRIET CÁPSULAS (QL= 9 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG (QL= 9 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ESCAVITE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	MULTIVITAMINAS
escitalopram solución (equiv. LEXAPRO)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram comprimidos (equiv. LEXAPRO)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
ESGIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
ESKATA SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
eslicarbazepina acetato comprimidos (equiv. APTIOM)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
esomeprazol cápsulas (equiv. NEXIUM)	OTC	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
esomeprazol DR paquete granulado (equiv. NEXIUM) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. NEXIUM)	OTC	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
ESPEROCT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
estazolam comprimidos (equiv. PROSOM)	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
estrógenos esterificados/metiltestosterona comprimidos (equiv. ESTRATEST)	-	NC	ESTRÓGENOS
ESTRACE COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
ESTRACE CREMA VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
estradiol crema (equiv. ESTRACE)	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
estradiol parche (equiv. CLIMARA)	-	2	ESTRÓGENOS
estradiol parches (equiv. VIVELLE-DOT, MINIVELLE)	-	2	ESTRÓGENOS
estradiol comprimidos (equiv. ESTRACE)	-	2	ESTRÓGENOS
estradiol td gel (equiv. DIVIGEL)	-	NC	ESTRÓGENOS

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
estradiol comprimidos vaginales, yuvafem comprimidos vaginales (equiv. VAGIFEM) (QL= 8 comprimidos/28 días [18 comprimidos en la primera reposición])	QL	3	PRODUCTOS VAGINALES
estradiol valerato inyectable (equiv. DELESTROGEN) (QL= 5 ml/reposición)	QL	3	ESTRÓGENOS
estradiol/noretindrona comprimidos (equiv. ACTIVELLA)	-	2	ESTRÓGENOS
ESTRATEST COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
ESTRING (3 copagos por receta)	-	3	PRODUCTOS VAGINALES
ESTROPIATE COMPRIMIDOS	-	2	ESTRÓGENOS
estropipate comprimidos (equiv. OGEN)	-	2	ESTRÓGENOS
ESTROSTEP FE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
eszopiclona comprimidos (equiv. LUNESTA) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
etacrínico comprimidos (equiv. EDECRIN)	-	3	DIURÉTICOS
etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL)	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
etosuximida cápsulas (equiv. ZARONTIN)	-	3	ANTICONVULSIVOS
etosuximida solución (equiv. ZARONTIN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
etodolac cápsulas (equiv. LODINE)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
etodolac ER comprimidos (equiv. LODINE XL)	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
etodolac comprimidos	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ETOPÓSIDO CÁPSULAS	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
etravirina comprimidos (equiv. INTELENCE)	-	2	ANTIVIRALES
EUCRISA POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EULEXIN CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EVAMIST SPRAY	-	NC	ESTRÓGENOS
EVEKEO ODT	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
EVEKEO COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
everolimus comprimidos (equiv. AFINITOR) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
everolimus comprimidos (equiv. ZORTRESS)	PA	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
everolimus comprimidos 5 mg (equiv. AFINITOR) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
everolimus comprimidos para suspensión oral (equiv. AFINITOR DISPERZ) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EVISTA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
EVIVO LÍQUIDO	-	NC	ANTIDIARREICOS
EVOCLIN ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EVOTAZ COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EVOXAC CÁPSULAS	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
EVRYSDI SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
EVRYSDI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
EVZIO INYECTABLE	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
EVZIO INYECTABLE	-	NC	ANTÍDOTOS
EXELDERM CREMA, SULCONAZOL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EXELDERM SOLUCIÓN	-	4	DERMATOLÓGICOS
EXELDERM SOLUCIÓN, SULCONAZOL SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
EXELON PARCHES	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
exemestane comprimidos (equiv. ARIMIDEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos mayores de 35 años; los demás miembros están cubiertos con un copago por medicamento genérico)	-	1	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EXENATIDE INYECTABLE (EQUIV. BYETTA INYECTABLE)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
EXFORGE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
EXJADE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
EXSERVAN PELÍCULA	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
EXTAVIA INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
EYSUVIS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
EZALLOR SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ezetimiba comprimidos (equiv. ZETIA)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
EZETIMIBA/ATORVASTATINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ezetimiba/simvastatina comprimidos (equiv. VYTORIN) (QL= 1 comprimido/día [presentación de 10-80 mg no cubierta])	QL	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ezetimiba/simvastatina comprimidos 10-80 mg (equiv. VYTORIN)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FABHALTA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
FABIOR AEROSOL ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
FABRAZYME INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FACTIVE COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONES
FALESSA KIT	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
FALESSA COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
famciclovir comprimidos (equiv. FAMVIR)	-	3	ANTIVIRALES
famotidina suspensión (equiv. PEPICID)	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
famotidina comprimidos (equiv. PEPICID)	OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
FANAPT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSCÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
FANAPT BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC	ANTIPSCÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
FANAPT BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS 1 MG/2 MG/6 MG/8 MG	-	NC	ANTIPSCÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
FARESTON COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FARXIGA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
FASENRA PLUMA INYECTABLE	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FAZACLO ODT 12.5 mg, 25 mg, 100 mg	-	NC	ANTIPSCÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
febuxostat comprimidos (equiv. ULORIC) (La terapia escalonada requiere la prueba de alopurinol)	ST	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
FEIBA INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
felbamato suspensión (equiv. FELBATOL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
felbamato comprimidos (equiv. FELBATOL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
FELBATOL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FELBATOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FELDENE CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
felodipina ER comprimidos (equiv. PLENDIL)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
FEM PH GEL	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
CONDONES FEMENINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FEMARA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
FEMCON FE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
FEMHRT COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
FEMLYV COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
FEMRING (3 copagos por receta)	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
fenofibrato cápsulas 43 mg, 130 mg (equiv. ANTARA)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenofibrato comprimidos 67 mg, 134 mg, 200 mg (equiv. LOFIBRA)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIOFEN CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIOFEN CÁPSULAS 50 MG, 150 MG	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenofibrato comprimidos 40 mg, 120 mg (equiv. FENOGLIDE)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenofibrato comprimidos 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg (equiv. TRICOR)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
Ácido fenofíbrico DR cápsulas (equiv. TRILIPIX)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFIBRATO COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFÍBRICO COMPRIMIDOS, FIBRICOR COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOGLIDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenopropeno calcio cápsulas (equiv. NALFON)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENOPROFENO CÁPSULAS, NAFLON CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENOPROFENO COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENOPRON CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENTANILO BUCAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
citrato de fentanilo pastilla paleta (equiv. ACTIQ) (QL= 120 pastillas/30 días)	PA-QL	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FENTANILO CITRATO PALETAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
fentanilo parches (equiv. DURAGESIC) (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
fentanilo parches 37.5 mcg, 62.5 mcg, 87.5 mcg (equiv. FENTANILO)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FENTORA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FEONYX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FERIVA 21/7 COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ferrex 150 forte cápsulas	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FERREX 28 COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CITRATO FÉRRICO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
FERRIPROX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a través de Ferriprox Total Care 866-758-7071)	LD-PA	5	ANTÍDOTOS
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG (Únicamente disponible a través de Ferriprox Total Care 866-758-7071)	LD-PA	5	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG (DOS VECES AL DÍA)	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
FERRIPROX COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
FERRO-PLEX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
sulfato ferroso elixir	OTC	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
SULFATO FERROSO LÍQUIDO	OTC	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
sulfato ferroso solución	OTC	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
fesoterodina fumarato ER comprimidos (equiv. TOVIAZ)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
FETZIMA CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
FIASP FLEXTouch INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
FIASP INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
FIASP PENFILL INYECTABLE, FIASP CARTUCHO PARA BOMBA	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
FIBRIK CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
FIBRYGA, RIASTAP INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
fidaxomicina comprimidos (equiv. DIFICID) (QL= 20 comprimidos/llenado; la terapia escalonada requiere prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3	MACRÓLIDOS
FILSPARI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Optum Frontier 855-768-9727 o Caremark/CVS Specialty 800-378-0695)	LD-PA-QL	5	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
FILSUVEZ GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
FINACEA ESPUMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
FINACEA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
finasterida comprimidos (equiv. PROSCAR)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
finasterida comprimidos (equiv. PROPECIA)	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
fingolimod hcl cápsulas 0.5 mg (equiv. GILENYA)	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
FINTEPLA SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FIORICET CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
FIORICET/CODEÍNA CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FIORINAL CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
FIORINAL/CODEÍNA CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FIRAZYR INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
FIRDAPSE COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA	5	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
FIRST METRONIDAZOL SUSPENSIÓN	-	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FIRST ENJUAGUE BUCAL BLM	-	4	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
FIRST OMEPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
FIRST PANTOPRAZOLE SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
FIRVANQ SOLUCIÓN 25 MG/ML	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FIRVANQ SOLUCIÓN 50 MG/ML	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FLAGYL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FLAGYL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FLAREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
flavoxato comprimidos (equiv. URISPAS)	-	4	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
flecainida comprimidos (equiv. TAMBOCOR)	-	2	ANTIARRÍTMICOS
FLEQSUVY SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
FLOLIPID SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FLOMAX CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
FLONASE SENSIMIST SPRAY NASAL	OTC	3	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
FLO-PRED SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
FLORIVA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	MULTIVITAMINAS
FLORIVA PLUS GOTAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
FLOVENT INHALADOR DISKUS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLOVENT HFA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUAD INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
FLUBLOK INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
FLUCELVAX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
fluconazol suspensión (equiv. DIFLUCAN)	-	2	ANTIFÚNGICOS
fluconazol comprimidos (equiv. DIFLUCAN)	-	2	ANTIFÚNGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
flucitosina cápsulas (equiv. ANCOBON)	-	3	ANTIFÚNGICOS
fludarabina inyectable	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
fludrocortisona comprimidos (equiv. FLORINEF)	-	2	CORTICOSTEROIDES
FLULAVAL INYECTABLE, FLUARIX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
FLUMADINE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
FLUMIST NASAL (QL= 1 dosis/28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
flunisolida solución nasal (QL= 2 frascos/reposición)	QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
acetónido de fluocinolona crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
acetónido de fluocinolona aceite (equiv. DERMA-SMOOTH/FS)	-	3	DERMATOLÓGICOS
acetónido de fluocinolona pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
acetónido de fluocinolona solución	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC)	-	3	AGENTES ÓTICOS
fluocinonida crema 0.05% (equiv. LIDEX)	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida crema 0.1% (equiv. VANOS CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida crema emoliente	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida gel	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida solución	-	2	DERMATOLÓGICOS
FLUOPAR KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
FLUORABON SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros menores de 5 años; los demás miembros están cubiertos con un copago por medicamentos de marca preferidos)	-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
FLUORAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
FLUORIDEX PASTA PARA SENSIBILIDAD	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluorometolona solución oftálmica (equiv. FML LIQUIFILM)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
fluorouracilo crema (equiv. EFUDIX CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
FLUOROURACILO CREMA 0.5 %	-	4	DERMATOLÓGICOS
FLUOROURACILO SOLUCIÓN	-	3	DERMATOLÓGICOS
fluorouracilo solución (equiv. FLUOROURACILO)	-	3	DERMATOLÓGICOS
FLUOVIX PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
fluoxetina cápsulas (equiv. PROZAC)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetina cápsulas (equiv. SARAFEM)	-	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
FLUOXETINA CÁPSULAS (PMDD)	-	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
fluoxetina solución (equiv. PROZAC)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetina comprimidos (equiv. PROZAC)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
FLUOXETINA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetina cápsulas semanales (equiv. PROZAC)	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
flufenazina decanoato inyectable	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
flufenazina comprimidos (equiv. PROLIXIN)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
FLURANDRENOL LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
flurandrenolida crema (equiv. CORDRAN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
flurandrenolida pomada (equiv. CORDRAN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
FLURAZEPAM CÁPSULAS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
FLURBIPROFENO COMPRIMIDOS	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
flurbiprofeno comprimidos (equiv. ANSAID)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
FLUTAMIDA CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
flutamida cápsulas (equiv. EULEXIN)	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FLUTICASONA DISKUS INHALADOR	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO ACTIVADO POR RESPIRACIÓN 100 MCG/AC	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO ACTIVADO POR RESPIRACIÓN 200 MCG/AC	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO ACTIVADO POR RESPIRACIÓN 50 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA HFA INHALADOR	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
fluticasona spray nasal (equiv. FLONASE) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
propionato de fluticasona crema (equiv. CUTIVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
propionato de fluticasona loción (equiv. CUTIVATE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
propionato de fluticasona pomada (equiv. CUTIVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
fluticasona/salmeterol inhalador, wixela inhalador (equiv. ADVAIR)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 113-14 MCG/ACT	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 232-14 MCG/ACT	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 55-14 MCG/ACT	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA-VILANTEROL INHALADOR 100-25 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FLUTICASONA-VILANTEROL INHALADOR 200-25 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
fluvastatina cápsulas (equiv. LESCOL)	-	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fluvastatina ER comprimidos (equiv. LESCOL XL)	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fluvoxamina ER cápsulas (equiv. LUVOX CR) (Terapia escalonada requiere la prueba de citalopram, escitalopram, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina o paroxetina)	ST	3	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamina comprimidos (equiv. LUVOX)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
FLUZONE ALTA DOSIS PF INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
FML FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
FML LIQUIFLIM SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
FML S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
FOCALIN COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
FOCALIN XR CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
FOLBEE PLUS CZ COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMINAS
folbee comprimidos (equiv. FOLGARD RX)	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FOLGARD RX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ácido fólico comprimidos 1 mg (\$0 de copago solo para miembros femeninos; los demás miembros están cubiertos con un copago por medicamentos genéricos)	-	1	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ácido fólico comprimidos 400 mcg (Cubierto solo para miembros femeninos)	OTC	1	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
cido fólico comprimidos 800 mcg (Cubierto solo para miembros femeninos)	OTC	1	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FOLIKA-V COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS
FOLITE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FOLLISTIM AQ INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FOLTANX COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
FOLVITE-FE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
fondaparinux inyectable (equiv. ARIXTRA)	-	3	ANTICOAGULANTES
FORFIVO XL COMPRIMIDO	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
formoterol fumarato solución para nebulizar (equiv. PERFOROMIST)	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
FORTAMET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
FORTEO INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FORTESTA GEL 2%	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
FOSAMAX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FOSAMAX+D COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
fosamprenavir comprimidos (equiv. LEXIVA)	-	5	ANTIVIRALES
fosfomicina trometamol polvo en paquete (equiv. MONUROL)	-	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
fosinopril comprimidos (equiv. MONOPRIL)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
fosinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MONOPRIL HCT)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
FOSRENOL COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
FOSRENOL POLVO EN PAQUETE	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
FOTIVDA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FRAGMIN INYECTABLE	-	4	ANTICOAGULANTES
FRAICHE 5000 SENSITIVE GEL	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
FREESTYLE FREEDOM LITE MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE INSULINX TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FREESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS) (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LITE MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LITE TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
FREESTYLE PRECISION NEO MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE PRECISION NEO TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FREESTYLE TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FROVA COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
frovatriptán comprimidos (equiv. FROVA)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG (QL= 84 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG (QL= 21 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FULPHILA INYECTABLE	MSP	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS, GRISEOFULVINA ULTRA MICRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
FUROSCIX KIT (QL= 8 iny./reposición; únicamente disponible a través de Onco360 o CareMed 877-662-6633)	LD-QL	5	DIURÉTICOS
FUROSEMIDA SOLUCIÓN	-	2	DIURÉTICOS
furosemida solución (equiv. LASIX)	-	2	DIURÉTICOS
furosemida comprimidos (equiv. LASIX)	-	2	DIURÉTICOS
FUZEON INYECTABLE	-	NC	ANTIVIRALES
FYCOMPA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FYLNETRA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
gabapentina (una vez al día) comprimidos (equiv. GRALISE)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
gabapentina cápsulas (equiv. NEURONTIN) (QL= 9 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
gabapentina solución (equiv. NEURONTIN) (QL= 72 ml/día)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
gabapentina comprimidos 600 mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 6 comprimidos/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
gabapentina comprimidos 800mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 4.5 comprimidos/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
GABAPENTINA/NAPROXENO CREMA KIT COMPUESTO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GABARONE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
GABITRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
GALAFOLD CÁPSULAS (QL= 14 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
galantamina ER cápsulas (equiv. RAZADYNE ER)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GALANTAMINA SOLUCIÓN	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
galantamina comprimidos (equiv. RAZADYNE)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GALZIN CÁPSULAS	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
GARDASIL 9 INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
GASTROCROM CONCENTRADO	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
gatifloxacina solución oftálmica (equiv. ZYMAXID)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
GATTEX KIT	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
GAVILYTE-C SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de entre 45-75 años; los demás miembros cubiertos con copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
GAVRETO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GEAMETDRAY GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
gefitinib comprimidos (equiv. IRESSA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
GELCLAIR GEL	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
GELNIQUE	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
gemfibrozilo comprimidos (equiv. LOPID)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
GEMTESA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
GEN7T LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GEN7T PARCHES 3.5%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GEN7T PLUS LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GEN7T PLUS PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GENOTROPIN INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GENOTROPIN INYECTABLE 5 MG	MSP-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GENTAK POMADA OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
gentamicina solución oftálmica (equiv. GARAMYCIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfato de gentamicina crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
sulfato de gentamicina pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
GENVOYA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
GEODON CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
GIALAX KIT	-	NC	LAXANTES
gianvi comprimidos, ocella comprimidos (equiv. YASMIN, YAZ)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
GILENYA CÁPSULAS 0.25 MG	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GILENYA CÁPSULAS 0.5 MG	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GILOTRIF COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GIMOTI SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
glatiramer iny. (equiv. COPAXONE)	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GLEEVEC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GLEOSTINE/LOMUSTINA CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
glimepirida comprimidos (equiv. AMARYL)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLIMEPIRIDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
glipizida ER comprimidos (equiv. GLUCOTROL XL)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
glipizida comprimidos (equiv. GLUCOTROL)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLIPIZIDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
glipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLOPERBA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
GLUCAGEN HYPOKIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCAGEN INYECTABLE	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
glucagón (ADNr) para kit de inyección (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCAGÓN DIAGNÓSTICO INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCAGÓN EMR INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCAGÓN KIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCOCARD 01 KIT DE GLUCÓMETRO C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD 01-MINI KIT DE GLUCOSA C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD EXPRESSION KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
GLUCOCARD EXPRESSION TIRAS REACTIVAS	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCOCARD KIT SHINE	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD SHINE CONNEX KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD SHINE EXPRESS KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD SHINE TIRAS REACTIVAS	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCOCARD VITAL KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD VITAL TIRAS REACTIVAS	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCOCARD X-METER KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLUCOPHAGE XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLUCOTROL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLUCOTROL XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLUMETZA COMPRIMIDOS 1000 MG	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLUMETZA COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLYBURID MCR COMPRIMIDOS	-	2	ANTIABIÉTICOS
gliburida comprimidos (equiv. MICRONASE)	-	2	ANTIABIÉTICOS
gliburida/metformina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE)	-	2	ANTIABIÉTICOS
GLYCATE COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
GLYCATE COMPRIMIDOS, GLICOPIRROLATO COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
glicopirrolato solución oral (equiv. CUVPOSA)	-	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
glicopirrolato comprimidos (equiv. ROBINUL)	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
GLYGEST PAK	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
GLYNASE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIABIÉTICOS
GLYXAMBI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIABIÉTICOS
GOCOVRI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
GOLYTELY SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
GOMEKLI CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GOMEKLI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GONAL-F RFF INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GONAL-F RFF INYECTABLE, GONAL-F INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GONITRO POLVO	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
POMADA DE UREA 40% GORDON'S	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GRALISE PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GRALISE COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
granisetron comprimidos (equiv. KYTRIL) (QL= 14 comprimidos/reposición)	QL	2	ANTIEMÉTICOS
GRANISOL SOLUCIÓN (QL= 60ml/reposición)	QL	4	ANTIEMÉTICOS
GRANIX INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
GRASSTK SL COMPRIMIDOS	-	NC	BOLÓGICOS MISC.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
griseofulvina micro comprimidos (equiv. GRIFULVIN V)	-	3	ANTIFÚNGICOS
griseofulvina suspensión (equiv. GRIFULVIN)	-	3	ANTIFÚNGICOS
griseofulvina comprimidos (equiv. GRIS-PEG)	-	3	ANTIFÚNGICOS
GRIS-PEG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
GUAIFENESINA JARABE	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guaifenesina comprimidos (equiv. ALLFEN JR)	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición)	OTC-QL	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición)	OTC-QL	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guaifenesina-DM líquido oral (equiv. ROBITUSSIN)	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guanfacina ER comprimidos (equiv. INTUNIV)	-	2	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
guanfacina IR comprimidos (equiv. TENEX)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
GUANIDINA COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
GVOKE INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GVOKE KIT DE INYECCIÓN (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GVOKE PFS INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GYNAZOLE CREMA	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
HADLIMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HADLIMA PUSH INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HAEGARDA INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, OptionCare 972-536-7355, Optum 877-445-6874, Orsini 800-410-8575 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
halcinónido crema (equiv. HALOG)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HALCION COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
HALOBETASOL AEROSOL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionato crema (equiv. ULTRAVATE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionato espuma (equiv. LEXETTE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionato pomada (equiv. ULTRAVATE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
HALOG CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HALOG POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HALOG SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
halonate pac kit (equiv. ULTRAVATE KIT)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
haloperidol decanoato inyectable (equiv. HALDOL)	-	3	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
haloperidol lactato concentrado (equiv. HALDOL)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
haloperidol lactato inyectable (equiv. HALDOL)	-	3	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
haloperidol comprimidos (equiv. HALDOL)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
HARLIKU COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
HARVONI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC	ANTIVIRALES
HARVONI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
HAVRIX INYECTABLE, VAQTA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
HC BUTIRATO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HC BUTIRATO SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HC PRAMOXINA CREMA 1-2.5%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HC/PRAMOXINA CREMA 1-2.35%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HC-LIDOCAÍNA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
HECTOROL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
HELIDAC PAQUETE	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
HEMANGEOL SOLUCIÓN	-	NC	BETA BLOQUEADORES
HEMLIBRA INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
HEMOFIL M, KOATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
heparina porcina inyectable	-	NC	ANTICOAGULANTES
HEPLISAV-B INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
HERNEXEOS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
HETLIOZ CÁPSULAS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
HETLIOZ SUSPENSIÓN	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
HEXALEN CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
HIPREX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
HIXDEFRIMA SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIZENTRA INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS
HOMATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
HORIZANT COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
HULIO INYECTABLE (adalimumab-fkjp)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HULIO KIT (adalimumab-fkjp)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMALOG JR KWIKPEN INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMALOG KWIKPEN INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMALOG MIX INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMALOG MIX KWIKPEN, INSULINA LISPRO MIX KWIKPEN	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMALOG PLUMA INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMALOG TEMPO PLUMA	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMATIN CÁPSULAS	-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
HUMATROPE INYECTABLE, ZOMACTON INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
HUMIRA INYECTABLE 10 mg (QL = 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE 20 mg (QL = 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE 40 MG (QL = 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE 80 MG (QL= 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE CROHN/UC/HIDRADENITIS PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO UC PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS/UVEÍTIS PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 mg (QL = 2 plumas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMULIN MIX INYECTABLE	OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMULIN MIX PLUMA INYECTABLE	OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMULIN N INYECTABLE	OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMULIN N PLUMA INYECTABLE	OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMULIN R INYECTABLE	OTC	3	ANTIDIABÉTICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
HUMULIN R INYECTABLE U-500	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HUMULIN R U-500 KWIPEN INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
HURRISEAL MIS SNAP	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
HYCANTIN CÁPSULAS	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS
HYCLODEX SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HYCODAN JARABE	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
HYCOFENIX SOLUCIÓN	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
HYD POL/CPM SUSPENSIÓN (QL= 120 ml/reposición; 2 reposiciones/30 días)	QL	4	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
hidralazina comprimidos (equiv. APRESOLINE)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
HYDREA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
hidroclorotiazida cápsulas (equiv. MICROZIDE)	-	2	DIURÉTICOS
hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYDRODIURIL)	-	2	DIURÉTICOS
HIDROCODONA BITARTRATO ER CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
HIDROCODONA BITARTRATO ER COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona bitartrato er comprimido (equiv. HYSINGLA) (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno cápsulas (equiv. LORCET)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno solución (equiv. HYCET, LORTAB)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno solución 10-325 mg/15 ml (equiv. HYCET)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos (equiv. LORTAB)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 10 mg-300 mg (equiv. XODOL)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 2.5-325 mg (equiv. NORCO)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 5 mg-300 mg (equiv. XODOL)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 7.5 mg-300 mg (equiv. XODOL)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/clorfeniramina CR suspensión (equiv. TUSSIONEX) (QL= 120 ml/reposición; 2 reposiciones/30 días)	QL	4	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
hidrocodona/clorfeniramina/pseudoefedrina líquida (equiv. ZUTRIPRO) (QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
hidrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
HIDROCODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. VICOPROFEN)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
HIDROCODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDOS 10-200 MG	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocortisona butirato crema (equiv. LOCOID)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIDROCORTISONA BUTIRATO LIPÍDICA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona butirato lipocrema (equiv. LOCOID)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIDROCORTISONA BUTIRATO POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona butirato pomada (equiv. LOCOID)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona butirato solución (equiv. LOCOID)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIDROCORTISONA CREMA	-	2	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
hidrocortisona crema (equiv. PROCTOCORT)	-	2	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona enema (equiv. CORTENEMA)	-	3	AGENTES ANORRECTALES
hidrocortisona loción (equiv. HYTONE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona loción (equiv. LOCOID)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona loción 2% (equiv. ALA SCALP)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIDROCORTISONA LOCIÓN 2.5%	-	2	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
HIDROCORTISONA PAQUETE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona succinato inyectable 1000 mg (equiv. SOLU-CORTEF) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	3	CORTICOSTEROIDES
hidrocortisona supositorios (equiv. ANUSOL HC)	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
hidrocortisona comprimidos (equiv. CORTEF)	-	2	CORTICOSTEROIDES
hidrocortisona valerato crema	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona valerato pomada (equiv. WESTCORT)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hidrocortisona/pramoxina crema 2.5-1% (equiv. PRAMOSONE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIDROCORTISONA/PRAMOXINA SUPOSITORIOS	-	NC	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
hidromorfona ER comprimidos (equiv. EXALGO) (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
HIDROMORFONA SUPOSITORIOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidromorfona comprimidos (equiv. DILAUDID)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidroquinona crema (equiv. LUSTRA)	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
hidroxicloroquina comprimidos (equiv. PLAQUENIL)	-	2	ANTIMALÁRICOS
HYDROXYM GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
hidroxiprogesterona inyectable (equiv. MAKENA)	MSP-PA	4	PROGESTINAS
hidroxiurea cápsulas (equiv. HYDREA)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
hidroxizina pamoato cápsulas (equiv. VISTARIL)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
HIDROXIZINA PAMOATO CÁPSULAS 100 MG	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
hidroxizina jarabe (equiv. ATARAX)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
hidroxizina comprimidos (equiv. ATARAX)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
HYFTOR GEL (QL= 10 gramos/30 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
HYLAMEND GEL PRIMEROS AUXILIOS	-	NC	ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES
HYLINATE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
HYMPAVZI INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
HYOPHEN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
HIOSCIAMINA INYECTABLE	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ ANTICOLINÉRGICOS
sulfato de hiosciamina CR comprimidos (equiv. LEVBID)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
HYQVIA INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS
HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HYZAAR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL= 1 comprimido/30 días)	QL	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
IBRANCE CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	LD
M	Exclusión del plan	MSP	OTC
PA	Beneficio médico	QL	RS
SF	Autorización previa	SMKG	ST
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	
	Programa de vacunación	RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
IBRANCE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IBSRELA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
IBTROZI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IBU 600-EZS KIT	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ibuprofeno comprimidos	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
IBUPROFENO COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ibuprofeno-famotidina comprimidos	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR)	MSP-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144)	LD-PA-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
IDELVION INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IHEEZO GEL	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
imatinib comprimidos (equiv. GLEEVEC)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA SUSPENSIÓN (QL= 6 ml/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 140 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 280 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMCIVREE INYECTABLE (QL= 1 iny./día; únicamente disponible a través de PantherRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIPOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
imipramina pamoato cápsulas (equiv. TOFRANIL PM)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
imipramina comprimidos (equiv. TOFRANIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
imiquimod crema (equiv. ALDARA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
IMIQUIMOD CREMA 3.75%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
imiquimod crema 3.75% (equiv. IMIQUIMOD)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMITREX INYECTABLE (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMITREX INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMITREX COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMITREX VIAL INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMKELD SOLUCIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMOVAX INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
IMPAVIDO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
IMPEKLO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMPOYZ CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMULDOSA JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMURAN COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
IMVEXXY SUM.	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
INBRIJA POLVO INHALABLE (QL= 10 cápsulas/día)	PA-QL	4	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
INCRELEX INYECTABLE (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
INCRUSE ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
indapamida comprimidos (equiv. LOZOL)	-	2	DIURÉTICOS
INDERAL LA CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
INDERAL XL CÁPSULAS, INNOPRAN XL CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
INDOCIN SUPOSITORIOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INDOCIN SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina cápsulas (equiv. INDOCIN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INDOMETACINA CÁPSULAS, TIVORBEX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina CR cápsulas (equiv. INDOCIN SR)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina supositorios (equiv. INDOCIN)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina suspensión (equiv. INDOCIN)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INFLAMMA-K KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
INFLATHERM PAK	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INGREZZA CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC.
INGREZZA PAQUETE 40-80 MG	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC.
INLYTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG (QL= 8 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INPEFA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
INPEN DISPOSITIVO DE INYECCIÓN DE INSULINA	-	NC	DISPOSITIVOS MÉDICOS
INQOVI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INREBIC CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INSPIRA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
INSULINA ASPÁRTICA FLEXPEN INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA MIX FLEXPEN INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA MIX INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA PENFILL INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA GLARGINA INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA GLARGINA SOLUCIÓN INYECTABLE EN PLUMA	-	3	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA GLARGINA SOLOSTAR INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS
			LD Distribución limitada
			OTC De venta libre
			RS Restricción a especialistas
			ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
INSULINA GLARGINA-YFGN (PLUMA ÚNICA)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA LISPRO INYECTABLE (equiv. HUMALOG)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA LISPRO JR KWIKPEN INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA LISPRO KWIKPEN INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
JERINGA DE INSULINA	OTC	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
INTELENCE COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
LÍQUIDO PARA TOS INTENSA	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
INTERMEZZO SL COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
INTRAROSA SUPOSITORIOS	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
INTRON-A INYECTABLE	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INTUNIV COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE	-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
INVEGA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
INVEGA TRINZA INYECTABLE	-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
INVELTYS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
INVIRASE CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
INVIRASE COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
INVOKAMET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INVOKAMET XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INVOKANA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INZIRQO SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	DIURÉTICOS
IODOFLEX TOALLITAS	-	NC	ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES
yodoquinol/hidrocortisona crema 1% (equiv. VYTONE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
yodoquinol/hidrocortisona crema 1.9-1% (equiv. VYTONE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
yodoquinol/hidrocortisona/polisacárido del aloe gel (equiv. ALCORTIN A)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IOPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
IOPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
IPOL INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
ipratropio spray nasal (equiv. ATROVENT)	-	2	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ipratropio solución para nebulizar (equiv. ATROVENT)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
IQIRVO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
irbesartán comprimidos (equiv. AVAPRO)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
irbesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. AVALIDE)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
IRESSA COMPRIMIDOS	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
HIERRO POLISACÁRIDO/ÁCIDO TREÓNICO/B12/FA CÁPSULAS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ISENTRESS (HD) COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
ISENTRESS COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4	ANTIVIRALES
ISENTRESS POLVO EN PAQUETE	-	4	ANTIVIRALES
isibloom comprimidos, enskyce comprimidos, apri comprimidos (equiv. DESOGEN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ISOMETEPTENO/CAFEÍNA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
isometepteno/cafeína/acetaminofeno comprimidos (equiv. PRODRIN)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
isoniazida jarabe (equiv. ISONIAZIDA)	-	4	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
isoniazida comprimidos	-	2	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS
			LD Distribución limitada
			OTC De venta libre
			RS Restricción a especialistas
			ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ISOPTO CARBACHOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ISOPTO CARPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ISORDIL TITRADOSE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
isosorbida dinitrato comprimidos (equiv. ISORDIL)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
isosorbida dinitrato comprimidos 40 mg (equiv. ISORDIL)	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
isosorbida dinitrato/hcl hidralazina comprimidos (equiv. BIDIL)	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
mononitrato de isosorbida ER comprimidos (equiv. IMDUR)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
mononitrato de isosorbida comprimidos (equiv. MONOKET)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
ISOSORBIDA MONONITRATO COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
isotretinoína cápsulas 25 mg (equiv. BSORICA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
isotretinoína cápsulas 35mg (equiv. BSORICA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
isoxsuprina comprimidos	-	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
isradipina cápsulas (equiv. DYNACIRC)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
ISTALOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ISTURISA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ITOVEBI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
itraconazol cápsulas (equiv. SPORANOX)	-	3	ANTIFÚNGICOS
itraconazol solución (equiv. SPORANOX)	PA	4	ANTIFÚNGICOS
ivabradina hcl comprimidos (equiv. CORLANOR)	-	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ivermectina crema (equiv. SOOLANTRA) (QL= 45 gramos/30 días)	QL	2	DERMATOLÓGICOS
IVERMECTINA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IVERMECTINA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ivermectina comprimidos (equiv. STROMEKTOL)	-	3	ANTIHELMÍNTICOS
IVERMECTINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
IWILFIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IXCHIQ INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
IXIARO INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
IXINITY INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
IYUZEH GOTAS OFTÁLMICAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
JADENU DISPERSABLE	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
JADENU COMPRIMIDOS 180 MG	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
JADENU COMPRIMIDOS 90 MG, 360 MG	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
JAKAFI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
JALYN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JANUVIA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL-¢	3	ANTIDIABÉTICOS
JARDIANCE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JAYPIRCA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
JENLIVA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JESDUVROQ COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
jinteli comprimidos (equiv. FEMHRT)	-	2	ESTRÓGENOS
JIVI INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
JOENJA COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
jolesa comprimidos, amethia comprimidos (equiv. SEASONALE, SEASONIQUE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
JOURNAVX COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
JUBLIA SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
JULUCA TAB	-	5	ANTIVIRALES
JUXTAPID CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
JYLAMVO SOLUCIÓN, XATMEP SOLUCIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
JYNARQUE PAQUETES	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
JYNNEOS INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
KADIAN CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
KALETRA SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
KALETRA COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
KALYDECO PAK (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
KALYDECO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
KAPSPARGO CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
KAPVAY COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
KARBINAL ER SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
KATERZIA SUSPENSIÓN	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
KEFLEX CÁPSULAS	-	NC	CEFALOSPORINAS
KEFLEX CÁPSULAS 750 MG	-	NC	CEFALOSPORINAS
kelnor comprimidos (equiv. DEMULEN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
KENALOG INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES
KENALOG INYECTABLE, TRIAMCINOLONA ACE INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES
KENALOG SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KEPPRA SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
KERAFOAM	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERALAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERAMATRIX	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERASTAT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERASTAT GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERENDIA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KERENDIA COMPRIMIDOS 40 MG	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KERLONE COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
KERYDIN SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KESIMPTA INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
KETAMINA HCL PASTILLAS	-	NC	ANESTÉSICOS GENERALES
ketoconazol crema (equiv. NIZORAL CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS
			LD Distribución limitada
			OTC De venta libre
			RS Restricción a especialistas
			ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ketoconazol shampoo (equiv. NIZORAL SHAMPOO)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ketoconazol comprimidos (equiv. NIZORAL)	-	2	ANTIFÚNGICOS
KETO-DIASTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
KETOPROFENO CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KETOPROFENO ER CÁPSULAS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KETOROLACO INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable (equiv. TORADOL)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable 15 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable 30mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable 60 mg/2 ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco solución oftálmica (equiv. ACULAR (LS))	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ketorolaco comprimidos (equiv. TORADOL) (QL= 20 comprimidos/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KETOSTIX	OTC	2	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
ketotifeno solución oftálmica (equiv. ZADITOR) (Únicamente cubiertos los medicamentos OTC)	OTC	2	AGENTES OFTÁLMICOS
KEVEYIS COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
KEVZARA INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KHINDIVI SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	LD-PA-QL	5	CORTICOSTEROIDES
KINERET INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KINRIX INYECTABLE, QUADRACEL DTAP-IPV INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
KINRIX JERINGA PRECARGADA, QUADRACEL JERINGA PRECARGADA	VAC	1	TOXOIDES
KIRSTY INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
KISQALI PAK (QL= 91 comprimidos/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KISQALI COMPRIMIDOS (QL= 63 comprimidos/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KITABIS PAK SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
KLARITY-B GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
KLARITY-L GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
KLARON LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KLISYRI POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KLONOPIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONSULSIVOS
KLOXXADO SPRAY NASAL	-	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
KOGENATE FS INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
KOMBIGLYZE XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
KONVOMEK SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
KORLYM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
KOSELUGO CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG (QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
K-PHOS NEUTRAL COMPRIMIDOS	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
K-PHOS COMPRIMIDOS	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
KRAZATI COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KRINTAFEL COMPRIMIDOS	-	3	ANTIMALÁRICOS

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
K-TAB	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
KUVAN POLVO EN PAQUETE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KUVAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KYBELLA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KYLEENA DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS
KYNAMRO INYECTABLE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
KYNMOBI PELÍCULA	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
KYNMOBI KIT CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
KYTRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
KYZATREX CÁPSULAS	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
KYZATREX CÁPSULAS, JATENZO CÁPSULAS, TLANDO CÁPSULAS	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
L.E.T. EN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
labetalol comprimidos (equiv. NORMODYNE)	-	2	BETA BLOQUEADORES
LABETALOL COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
LAC-HYDRIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LAC-HYDRIN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lacosamida solución oral (equiv. VIMPAT)	-	2	ANTICONVULSIVOS
lacosamida comprimidos (equiv. VIMPAT)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LACRISERT INSERTO OFTÁLMICO	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ÁCIDO LÁCTICO LOCIÓN	-	2	DERMATOLÓGICOS
lactulosa paquete de cristales orales	-	NC	LAXANTES
lactulosa solución	-	2	LAXANTES
LAGEVRIO CÁPSULAS (EUA) (QL= 40 cápsulas/reposición)	QL	3	ANTIVIRALES
LAGEVRIO CÁPSULAS 200 MG (QL= 40 cápsulas/reposición)	QL	3	ANTIVIRALES
LAMICTAL COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT KIT	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT KIT, LAMICTAL XR KIT	-	4	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL KIT DE INICIO	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMISIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
lamivudina solución (equiv. EPIVIR)	-	2	ANTIVIRALES
lamivudina comprimidos (equiv. EPIVIR)	-	2	ANTIVIRALES
lamivudina comprimidos 100 mg (equiv. EPIVIR HBV)	-	2	ANTIVIRALES
lamivudina/zidovudina comprimidos (equiv. COMBIVIR)	-	2	ANTIVIRALES
lamotrigina comprimidos masticables (equiv. LAMICTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina ER comprimidos (equiv. LAMICTAL XR)	-	4	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina ODT (equiv. LAMICTAL)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina ODT kit (equiv. LAMICTAL)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina kit de inicio (equiv. LAMICTAL KIT DE INICIO)	-	4	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina comprimidos (equiv. LAMICTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LAMPIT COMPRIMIDOS (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
DISPOSITIVO DE LANCETA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
KIT DE LANCETA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
LANCETAS	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
LANOXIN COMPRIMIDOS	-	NC	CARDIOTÓNICOS
LANOXIN COMPRIMIDOS 62.5 MCG	-	NC	CARDIOTÓNICOS
lansoprazol cápsulas (equiv. PREVACID)	OTC	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
lansoprazol ODT (equiv. PREVACID SOLUTAB) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
LANSOPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
lansoprazol/amoxicilina/claritromicina kit (equiv. PREVPAC)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
LANSOPRAZOL/AMOXICILINA/CLARITROMICINA KIT	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
carbonato de lantano comprimidos masticables (equiv. FOSRENOL)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LANTUS INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LANTUS SOLOSTAR INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
lapatinib ditosilato comprimidos (equiv. TYKERB)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LASIX COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
LASTACFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días)	QL	4	AGENTES OFTÁLMICOS
latanoprost solución oftálmica (equiv. XALATAN) (QL= 2.5ml/30 días)	QL	2	AGENTES OFTÁLMICOS
LATUDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
LAZANDA SPRAY NASAL	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
LAZCLUZE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	3	ANTIVIRALES
leflunomida comprimidos (equiv. ARAVA)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
lenalidomida cápsulas (equiv. REVLIMID) (QL= 1 cápsula/día; restringido a especialistas en Oncología o Hematología; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-QL-RS	2	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LENVIMA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEQEMBI IQLK INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LEQSELVI COMPRIMIDOS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LESCOL XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LETAIRIS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
letrozol comprimidos (equiv. FEMARA)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEUCOVORIN COMPRIMIDOS	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEUKERAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEUKINE INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
leuprolida inyectable (equiv. LUPRON)	INF-MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HFA INHALADOR (QL = 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; La terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto con albuterol HFA)	QL-ST	4	ANTI ASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
levalbuterol solución para nebulizar (equiv. XOPENEX)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
LEVAQUIN COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONAS
LEVBID COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEVEMIR FLEXTouch INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LEVEMIR INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
levetiracetam ER comprimidos (equiv. KEPPRA XR)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LEVETIRACETAM ODT, SPRITAM ODT	-	NC	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam solución (equiv. KEPPRA)	-	2	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam comprimidos (equiv. KEPPRA)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LEVITRA COMPRIMIDOS	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
LEVOBUNOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
levobunolol solución oftálmica (equiv. BETAGAN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
levocarnitina solución (equiv. CARNITOR)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
levocarnitina comprimidos (equiv. CARNITOR)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
levocetirizina solución (equiv. XYZAL)	-	4	ANTIISTAMÍNICOS
levocetirizina comprimidos (equiv. XYZAL)	-	4	ANTIISTAMÍNICOS
levofloxacina solución oftálmica (equiv. QUIXIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
LEVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
LEVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
levofloxacina solución (equiv. LEVAQUIN)	-	2	FLUOROQUINOLONAS
levofloxacina comprimidos (equiv. LEVAQUIN)	-	2	FLUOROQUINOLONAS
levonorgestrel comprimidos (equiv. PLAN B)	OTC	1	ANTICONCEPTIVOS
levonorgestrel-etinilestradiol-fe comprimidos (equiv. BALCOLTRA)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
levorfanol comprimidos (equiv. LEVORFANOL)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
LEVOTIROXINA INYECTABLE	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
LEVOTIROXINA INYECTABLE 100 MCG/ML	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
levotiroxina comprimidos (equiv. SYNTHROID)	-	2	AGENTES TIROIDEOS
LEVSIN INYECTABLE	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEVSIN SL COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEVSIN COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEXAPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
LEXIVA SUSPENSIÓN	-	5	ANTIVIRALES
LEXIVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
l-glutamina polvo en paquete (equiv. ENDARI) (QL= 6 paquetes/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
LIALDA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIBERVANT PELÍCULA	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LIBRAX CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LICART PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDAMANTLE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDO/MENTOL SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDO/RAC/TET GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lidocaína crema 3% (equiv. LIDAMANTLE)	-	2	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
lidocaína crema 3.88% (equiv. LIDOTRAL)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lidocaína gel (equiv. GLYDO)	-	2	DERMATOLÓGICOS
lidocaína gel (equiv. XYLOCAINE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lidocaína hcl crema 4.12%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lidocaína loción (equiv. LIDAMANTLE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lidocaína pomada (QL= 107gm/30 días)	QL	2	DERMATOLÓGICOS
lidocaína kit pomada/apósito transparente (equiv. LIDOPAC)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA SOLUCIÓN ORAL 4%	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
lidocaína parches (equiv. LIDODERM) (QL= 3 parches/día)	QL	4	DERMATOLÓGICOS
lidocaína parches 3.5% (equiv. GEN7T)	OTC	NC	DERMATOLÓGICOS
lidocaína parches 5% (equiv. LIDODERM) (QL= 3 parches/día)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
lidocaína solución (equiv. XYLOCAINE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA SUPOSITORIOS	-	NC	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
lidocaína solución viscosa (equiv. LIDOCAÍNA HCL [BOCA-GARGANTA])	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
lidocaína/hidrocortisona crema (equiv. ANAMANTLE)	-	3	AGENTES ANORRECTALES
LIDOCAÍNA/HIDROCORTISONA KIT CREMA RECTAL	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
lidocaína/prilocaína crema (equiv. EMLA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOCIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDODERM PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDO-EP-TETR SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOLOG KIT	-	NC	CORTICOSTEROIDES
LIDOSTREAM KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOTIN PAK	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LIDOTRAL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOTREX GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIDOVEX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LIKMEZ SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
LINDANE SHAMPOO	-	4	DERMATOLÓGICOS
linezolid suspensión (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
linezolid comprimidos (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
LINZESS CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	PA-QL	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
liotironina comprimidos (equiv. CYTOMEL)	-	2	AGENTES TIROIDEOS
LIPITOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LIQREV SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
liraglutida (manejo del peso) solución inyectable en pluma (equiv. SAXENDA)	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
liraglutida solución en pluma inyectora (equiv. VICTOZA) (QL= 9 ml/30 días)	PA-QL	3	ANTIABIÓTICOS
lisdexanfetamina dimesilato cápsulas (equiv. VYVANSE)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
lisdexamfetamina dimesilato comprimidos masticables (equiv. VYVANSE)	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
lisinopril comprimidos (equiv. PRINIVIL/ZESTRIL)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
lisinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZESTORETIC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
LITFULO COMPRIMIDOS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CARBONATO DE LITIO CÁPSULAS	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
carbonato de litio cápsulas (equiv. ESKALITH ER)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
carbonato de litio ER comprimidos (equiv. LITHOBID)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
carbonato de litio comprimidos	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
litio solución oral (equiv. LITIO)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
LITHOBID COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
LITHOSTAT COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
LIVALO COMPRIMIDOS (La terapia escalonada requiere la prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	ST	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LIVDELZI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARLI SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de Eversana 866-849-4481)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARLI SOLUCIÓN 19 MG/ML	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARLI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARLI COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVTENCITY COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTIVIRALES
L-METILFOLATO COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
LMR PLUS KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LO LOESTRIN COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
LOCOID CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID LIPOCREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LODOCO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
LODOSYN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
lofexidina hcl comprimidos (equiv. LUCEMYRA) (QL= 96 comprimidos/7 días)	PA-QL	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
lohist líquido (equiv. DECON-A)	OTC	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
LOKELMA PAK (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LOKELMA PAK 10 GM	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LOKELMA PAK 5 GM	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LOMOTIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIARREICOS
LONHALA MAGNAIR SOLUCIÓN	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
LONSURF COMPRIMIDOS	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
loperamida cápsulas	-	NC	ANTIDIARREICOS
loperamida hcl solución (equiv. LOPERAMIDA)	OTC	NC	AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS
LOPID COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
lopinavir/ritonavir solución (equiv. KALETRA)	-	5	ANTIVIRALES
lopinavir/ritonavir comprimidos (equiv. KALETRA)	-	2	ANTIVIRALES
LOPRESSOR SOLUCIÓN	-	NC	BETA BLOQUEADORES
LOPRESSOR COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
LOPROX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOPROX SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
loratadina cápsulas (equiv. CLARITIN)	OTC	EXC	ANTIISTAMÍNICOS
lorazepam concentrado (equiv. ATIVAN)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
lorazepam comprimidos (equiv. ATIVAN)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LOREEV XR CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
LORTAB	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
LORTAB ELIXIR	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
LORVATUS PHARMAPAK KIT	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
losartán comprimidos (equiv. COZAAR)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
losartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTEMAX GEL	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX SM GEL 0.38%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTENSIN HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTENSIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTREL CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTRIMIN AF CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOTRISONE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOTRONEX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LOVAZA CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LOVENOX INYECTABLE	-	NC	ANTICOAGULANTES
loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE)	-	2	ANTIPISICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
lubiprostone cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día)	PA-QL	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días)	PA-QL	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LUMAKRAS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
LUMRYZ PAQUETE (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LUNESTA COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
LUPANETA PACK	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
LUPKYNIS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 o PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LUPRON DEPOT INYECTABLE	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
LUPRON DEPOT INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LUPRON DEPOT PED INYECTABLE	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
LUPRON DEPOT-PED INYECTABLE	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
lurasidona hcl comprimidos (equiv. LATUDA)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANÍACOS
LURBIRO COMPRIMIDOS 100 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
LUVIRA COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
LUXIQ ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LYBALVI COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LYNPARZA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767 u Optum 877-445-6874)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LYRICA CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYRICA CÁPSULAS 225 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYRICA CÁPSULAS 300 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYRICA CR TAB	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LYRICA SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYSODREN COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LYSTEDA COMPRIMIDOS	-	NC	HEMOSTÁTICOS
LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA (QL= 5 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LYUMJEV INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LYUMJEV KWIKPEN INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
LYVISPAH PAQUETE DE GRÁNULOS (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOSQUELÉTICA
MACRILEN PAQUETE	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
MACROBID CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MACRODANTINA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MACRODANTINA CÁPSULAS 25 MG	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MAFENIDA ACETATO PAQUETE DE SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MAGNESIO SULFATO INYECTABLE	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
magnesio sulfato inyectable	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
MAKENA INYECTABLE	-	NC	PROGESTINAS
MALARONE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
malatión loción (equiv. OVIDE) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	4	DERMATOLÓGICOS
CONDONES MASCULINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
manitol solución (equiv. OSMITROL)	-	NC	DIURÉTICOS
MAPROTILINA COMPRIMIDOS	-	2	ANTIDEPRESIVOS
maraviroc comprimidos (equiv. SELZENTRY)	-	2	ANTIVIRALES
MARINOL CÁPSULAS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
MARPLAN COMPRIMIDOS	-	3	ANTIDEPRESIVOS
MATERVIA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
MATULANE CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MAVENCLAD PAQUETE DE TERAPIA (Únicamente disponible a través de Walgreens) 888-347-3416)	LD	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MAVIK COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MAVYRET PAQUETE (QL= 5 paquetes/día)	MSP-PA-QL	3	ANTIVIRALES
MAVYRET COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	3	ANTIVIRALES
MAXALT MLT COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MAXALT COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MAXIDEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXITROL POMADA OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXITROL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXZIDE COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
MAYZENT COMPRIMIDOS	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MAYZENT COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
mebendazol comprimidos masticables	-	2	ANTIHELMÍNTICOS
meclizina comprimidos masticables (equiv. BONINE)	OTC	2	ANTIEMÉTICOS
meclizina hcl comprimidos (equiv. ANTIVERT)	-	NC	ANTIEMÉTICOS
meclizina comprimidos (equiv. ANTIVERT)	OTC	2	ANTIEMÉTICOS
MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
MECLOFENAMATO CÁPSULAS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MEDI-PATCH CON LIDOCAÍNA PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MEDROL PAQUETE DE DOSIS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
MEDROL COMPRIMIDOS	-	3	CORTICOSTEROIDES
MEDROL COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
medroxiprogesterona inyectable (equiv. DEPO-PROVERA) (QL= 1 iny./90 días)	QL	1	ANTICONCEPTIVOS
medroxiprogesterona comprimidos (equiv. PROVERA)	-	2	PROGESTINAS
ácido mefenámico cápsulas (equiv. PONSTEL)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
mefloquina comprimidos (equiv. LARIAM)	-	3	ANTIMALÁRICOS
megestrol ES suspensión (equiv. MEGACE ES)	-	4	PROGESTINAS
megestrol suspensión (equiv. MEGACE)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEGESTROL SUSPENSIÓN	-	4	PROGESTINAS
megestrol comprimidos (equiv. MEGACE)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKINIST SOLUCIÓN	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKTOVI COMPRIMIDOS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
meloxicam cápsulas (equiv. VIVLODEX)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MELOXICAM COMFORT KIT	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MELOXICAM SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
meloxicam comprimidos (equiv. MOBIC)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
melfalán inyectable (equiv. ALKERAN)	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MELFALÁN COMPRIMIDOS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
memantina ER cápsulas (equiv. NAMENDA XR)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
memantina hcl-donepezilo hcl cápsulas de liberación prolongada 24 horas (equiv. NAMZARIC)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
memantina solución (equiv. NAMENDA)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
memantina comprimidos (equiv. NAMENDA)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MENACTRA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
MENEST COMPRIMIDOS	-	4	ESTRÓGENOS
MENOPUR INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MENOSTAR PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS
MENQUADFI INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
MENTAX CREMA	-	4	DERMATOLÓGICOS
MENTHOREAL10 PACK DE TERAPIA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MENVEO INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
meperidina comprimidos (equiv. DEMEROL)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MEPHYTON COMPRIMIDOS	-	NC	VITAMINAS
meprobamato comprimidos (equiv. MILTOWN)	-	4	AGENTES ANTIANSIEDAD
MEPRON SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
mercaptapurina suspensión (equiv. PURIXAN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
mercaptapurina comprimidos (equiv. PURINETHOL)	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MERILOG INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
MERILOG SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
meropenem inyectable (equiv. MERREM)	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
mesalamina DR cápsulas (equiv. DELZICOL)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina DR comprimidos (equiv. LIALDA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina enema (equiv. ROWASA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina DR cápsulas (equiv. APRISO)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina ER cápsulas (equiv. PENTASA CR)	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina supositorios (equiv. CANASA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina comprimidos (equiv. ASACOL)	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesna comprimidos (equiv. MESNEX)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MESNEX COMPRIMIDOS	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MESTINON COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
MESTINON TIMESPAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
METANX CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
metaxalona comprimidos (equiv. SKELAXIN)	-	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
METAXALONA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
METDRAY GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
metformina ER comprimidos osmóticos (equiv. FORTAMET)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
metformina ER comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE XR)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
metformina solución (equiv. RIOMET)	-	4	ANTIDIABÉTICOS
metformina comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
metadona solución (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
metadona comprimidos (equiv. DOLOPHINE) (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
METHADOSE CONC	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
methadose comprimidos (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
metanfetamina clorhidrato comprimidos (equiv. METANFETAMINA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
metazolamida comprimidos (equiv. NEPTAZANE)	-	3	DIURÉTICOS
hipurato de metenamina comprimidos (equiv. HIPREX)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
mandelato de metenamina comprimidos	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
metimazol comprimidos (equiv. TAPAZOLE)	-	2	AGENTES TIROIDEOS
METHITEST COMPRIMIDOS	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
metocarbamol comprimidos (equiv. ROBAXIN)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
METHOCARBAMOL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
metotrexato inyectable	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
METOTREXATO IV SOLUCIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
metotrexato comprimidos (equiv. TREXALL)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
METHOXSALEN CÁPSULAS	-	3	DERMATOLÓGICOS
metoxsaleno cápsulas (equiv. OXSORALEN ULTRA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
metescopolamina comprimidos (equiv. PAMINE)	-	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
metosuximida cápsulas (equiv. CELONTIN)	-	3	ANTICONVULSIVOS
metildopa comprimidos (equiv. ALDOMET)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
METILDOPA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERTENSIVOS
metilergonovina comprimidos (equiv. METHERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 reposición/365 días)	QL	3	OXITÓCICOS
METHYLIN SOLUCIÓN	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
metilfenidato CD cápsulas (equiv. METADATE CD)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
metilfenidato comprimidos masticables (equiv. METHYLIN)	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER cápsulas (equiv. RITALIN LA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER cápsulas (equiv. APTENSIO XR)	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER comprimidos (equiv. CONCERTA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
METILFENIDATO ER COMPRIMIDOS	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS

metilfenidato ER comprimidos 72 mg	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
------------------------------------	---	----	--

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
metilfenidato solución (equiv. METHYLIN)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato comprimidos (equiv. RITALIN)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato td parches (equiv. DAYTRANA)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilprednisolona acetato inyectable (equiv. DEPO-MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metilprednisolona paquete de dosis (equiv. MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metilprednisolona comprimidos (equiv. MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metilprednisolona succinato sódico inyectable (equiv. SOLU-MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metiltestosterona cápsulas	PA	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
METIPRANOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
metoclopramida solución (equiv. REGLAN)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
metoclopramida comprimidos (equiv. REGLAN)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
metolazona comprimidos (equiv. ZAROXOLYN)	-	2	DIURÉTICOS
metoprolol ER comprimidos (equiv. TOPROL XL)	-	2	BETA BLOQUEADORES
metoprolol comprimidos (equiv. LOPRESSOR)	-	2	BETA BLOQUEADORES
metoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOPRESSOR HCT)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
METOSOLV ODT	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
METROCREAM	-	NC	DERMATOLÓGICOS
METROGEL 1 %	-	NC	DERMATOLÓGICOS
METROGEL GEL VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
METROLOTION	-	NC	DERMATOLÓGICOS
metronidazol cápsulas (equiv. FLAGYL)	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
metronidazol crema (equiv. METROCREAM)	-	2	DERMATOLÓGICOS
metronidazol gel (equiv. METROGEL)	-	3	DERMATOLÓGICOS
metronidazol gel 0.75% (equiv. METROGEL)	-	2	DERMATOLÓGICOS
metronidazol loción (equiv. METROLOTION)	-	3	DERMATOLÓGICOS
metronidazol comprimidos (equiv. FLAGYL)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
METRONIDAZOL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
metronidazol gel vaginal (equiv. METROGEL)	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
metirosina cápsula (equiv. DEMSER)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
mexiletina clorhidrato cápsulas	-	3	ANTIARRÍTMICOS
MEXPAROX HC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MIACALCIN INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
micafungina inyectable (equiv. MYCAMINE)	M	6	ANTIFÚNGICOS
MICARDIS HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MICARDIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MICLARA LÍQUIDO	OTC	NC	ANTIISTAMÍNICOS
MICONAZOL 3 SUPOSITORIOS 200 MG	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
MICORT-HC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MICROVIX LP PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
midazolam inyectable (equiv. MIDAZOLAM) (Restringido a especialistas en Neurología)	RS	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
midodrina comprimidos (equiv. PROAMATINE)	-	2	VASOCOMPRESORES
MIDUELLA, PARAGARD DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
mifepristona comprimidos (equiv. KORLYM) (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTIDIABÉTICOS
mifepristona comprimidos 200 mg (equiv. MIFIPREX)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MIFIPREX COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MIGERGOT SUPOSITORIOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MIGLITOL COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDIABÉTICOS
miglitol comprimidos (equiv. MIGLITOL)	-	4	ANTIDIABÉTICOS
miglustat cápsulas (equiv. ZAVESCA) (únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MIGRANAL SPRAY	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MILLIPRED DP PAK	-	NC	CORTICOSTEROIDES
MILLIPRED COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
MINASTRIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
MINIPRESS CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MINOCIN CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
minociclina cápsulas (equiv. MINOCIN)	-	2	TETRACICLINAS
MINOCICLINA ER CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
minociclina ER comprimidos (equiv. SOLODYN)	-	NC	TETRACICLINAS
minociclina comprimidos (equiv. DYNACIN)	-	3	TETRACICLINAS
MINOLIRA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
minoxidil comprimidos (equiv. LONITEN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
MIPLYFFA CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
mirabegrón comprimidos er (equiv. MYRBETRIQ)	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
MIRALAX	OTC	NC	LAXANTES
MIRALAX PAQUETE	OTC	NC	LAXANTES
MIRAPEX ER COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
MIRAPEX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
MIRCERA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MIRCETTE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
MIRENA DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS
mirtazapina ODT (equiv. REMERON)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
mirtazapina comprimidos (equiv. REMERON)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
MIRVASO GEL	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
misoprostol comprimidos (equiv. CYTOTEC)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
M-M-R II INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
MNEXSPIKE INYECTABLE 10 MCG/0.2 ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
MOBIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
modafinilo comprimidos (equiv. PROVIGIL) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
MODEYSO CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
moexipril comprimidos (equiv. UNIVASC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
MOLINDONA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
mometasona crema (equiv. ELOCON)	-	2	DERMATOLÓGICOS
mometasona spray nasal (equiv. NASONEX) (QL= 2 botellas/reposición)	QL	2	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
mometasona pomada (equiv. ELOCON)	-	2	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
mometasona solución (equiv. ELOCON)	-	2	DERMATOLÓGICOS
MONODOX CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
montelukast comprimidos masticables (equiv. SINGULAIR)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
montelukast paquete granulado (equiv. SINGULAIR)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
montelukast comprimidos (equiv. SINGULAIR)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
MONUROL PAQUETE GRANULADO	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MORPHABOND COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO ER CÁPSULAS PERLAS (La terapia escalonada requiere pasar por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
morfina sulfato ER comprimidos (equiv. MS CONTIN) (La terapia escalonada requiere pasar por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN ORAL 10 MG/5 ML	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN ORAL 100 MG/5 ML	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
morfina sulfato solución oral 10 mg/5 ml (equiv. MORFINA SULFATO)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
morfina sulfato solución	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN 20 MG/5 ML	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SUPOSITARIO	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
morfina sulfato comprimidos	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MOTEGRITY COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
MOTOFEN COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDIARREICOS
MOTPOLY XR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
MOTRIN SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MOUNJARO INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
MOVANTIK COMPRIMIDOS	PA	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
MOVIPREP SOLUCIÓN	-	NC	LAXANTES
MOXATAG COMPRIMIDOS	-	NC	PENICILINAS
MOXATAG COMPRIMIDOS 775 MG	-	NC	PENICILINAS
MOXEZA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MOXEZA SOLUCIÓN OFTÁLMICA, MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
moxifloxacina solución oftálmica (equiv. VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
moxifloxacina comprimidos (equiv. AVELOX)	-	3	FLUOROQUINOLONES
MOZOBIL INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MPM PAK	-	NC	OXITÓCICOS
MRESVIA INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1	VACUNAS
MS CONTIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MUCINEX LÍQUIDO	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
MUCINEX COMPRIMIDOS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
MULPLETA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTAQ COMPRIMIDOS	-	3	ANTIARRÍTMICOS
MULTIGEN FÓLICO COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTIGEN PLUS COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTIGEN COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTI-MAC COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS
MULTIVITAMINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	MULTIVITAMINAS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
multivitaminas comprimidos	-	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTIVITAMINAS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
multivitaminas/minerales comprimidos (equiv. STROVITE)	-	NC	MULTIVITAMINAS
mupirocina crema (equiv. BACTROBAN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
mupirocina pomada (equiv. BACTROBAN POMADA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
MYALEPT INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MYAMBUTOL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
MYCAMINE INYECTABLE	M	6	ANTIFÚNGICOS
MYCAPSSA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MYCOBUTIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
micofenolato DR comprimidos (equiv. MYFORTIC)	-	5	CLASES SURTIDAS
micofenolato de mofetilo cápsulas (equiv. CELLCEPT)	-	5	CLASES SURTIDAS
micofenolato de mofetilo suspensión (equiv. CELLCEPT SUSPENSIÓN)	-	5	CLASES SURTIDAS
micofenolato de mofetilo comprimidos (equiv. CELLCEPT)	-	5	CLASES SURTIDAS
MYDAYIS CÁPSULAS 12.5 MG	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
MYDAYIS CÁPSULAS 25 MG	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
MYDAYIS CÁPSULAS 37.5 MG	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
MYDAYIS CÁPSULAS 50 MG	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
MYDCOMBI SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MYDRIACYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MYFEMBREE COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
MYFORTIC COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
MIHIBBIN SUSPENSIÓN	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
MYLERAN COMPRIMIDOS	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MYNATAL-Z COMPRIMIDOS	-	4	MULTIVITAMINAS
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
MYRBETRIQ COMPRIMIDOS	-	3	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
MYSOLINE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
MYTESI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIARREICOS
nabumetona comprimidos (equiv. RELAFEN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
nadolol comprimidos (equiv. CORGARD)	-	3	BETA BLOQUEADORES
NAFLON CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naftifina crema (equiv. NAFTIN)	-	4	DERMATOLÓGICOS
NAFTIFINA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
naftifina hcl gel 2% (equiv. NAFTIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NAFTIN GEL 2%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
nalbufina inyectable	M	6	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
naloxona hcl spray nasal (equiv. NARCAN)	OTC	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
naloxona inyectable	-	2	ANTÍDOTOS
naloxona inyectable precargado	-	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
NALOXONA PRECARGADO INY. (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
naltrexona comprimidos (equiv. REVIA)	-	2	ANTÍDOTOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
NAMENDA COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NAMENDA XR CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NAMENDA XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NAMZARIC CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NAMZARIC PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NAPRELAN CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROSYN SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROSYN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROXEN CREMA KIT COMPUESTO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
naproxeno EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno EC comprimidos 500 mg (equiv. NAPROSYN EC)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno sódico CR comprimidos (equiv. NAPRELAN CR)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno sódico comprimidos (equiv. ANAPROX)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROXENO SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno/esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naratriptán comprimidos (equiv. AMERGE) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
NARCAN SPRAY NASAL	OTC	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
NARDIL COMPRIMIDOS 15 MG	-	4	ANTIDEPRESIVOS
NASACORT OTC SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	4	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
NASCOBAL SPRAY	-	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
NATAZIA COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX)	-	3	ANTIDIABÉTICOS
NATESTO GEL	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
NATESTO GEL NASAL	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)	QL	4	DERMATOLÓGICOS
NAYZILAM SPRAY	-	NC	ANTICONVULSIVOS
nebivolol hcl comprimidos (equiv. BYSTOLIC)	-	2	BETA BLOQUEADORES
NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
NEFAZODONA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDEPRESIVOS
NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición)	QL	3	VASOCOMPRESORES
NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
NENDRUX GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
neomicina comprimidos	-	2	AMINOGLUCÓSIDOS
NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2	AGENTES ÓTICOS
neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2	AGENTES ÓTICOS
neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv. MAXITROL)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
NEOMICINA/POLIMIXINA/HIDROCORTISONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
NEONATAL 19 COMPRIMIDOS	-	4	MULTIVITAMINAS
NEONATAL FE COMPRIMIDOS	-	4	MULTIVITAMINAS
NEORAL CÁPSULAS	-	NC	CLASES SURTIDAS
NEORAL SOLUCIÓN	-	NC	CLASES SURTIDAS
NEOSALUS ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NEOSALUS LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NEOSPORIN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
NEO-SYNALAR CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NEPHRON FA COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NEPTAZANE COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
NERLYNX COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NEULASTA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NEUPOGEN INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NEUPRO PARCHES	-	4	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
NEURONTIN CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN COMPRIMIDOS 600 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN COMPRIMIDOS 800 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
nevirapina ER comprimidos (equiv. VIRAMUNE XR)	-	2	ANTIVIRALES
NEVIRAPINA ER COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
NEVIRAPINA SUSPENSIÓN	-	5	ANTIVIRALES
nevirapina comprimidos (equiv. VIRAMUNE)	-	2	ANTIVIRALES
NEXAVAR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NEXICLON XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
NEXIUM 24HR COMPRIMIDOS	OTC	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
NEXIUM PAQUETE GRANULADO	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
NEXLETOL COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NEXLIZET COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NEXPLANON IMPLANTE	-	1	ANTICONCEPTIVOS
NEXTSTELLIS COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
NGENLA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
niacina ER comprimidos (equiv. NIASPAN)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NIACOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NIASPAN ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
nicardipina cápsulas (equiv. CARDENE)	-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NICODERM PARCHES (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICORETTE CHICLE (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
NICORETTE PASTILLAS (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nicotina chicle (equiv. NICORETTE) (Limitado a 180 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICOTINE PAK (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nicotina pastillas (equiv. COMMIT) (Limitado a 180 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nicotina parches (equiv. NICODERM) (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICOTROL INHALADOR (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICOTROL SPRAY NASAL (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nifedipino cápsulas (equiv. PROCARDIA)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
nifedipino ER comprimidos (equiv. ADALAT CC)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NILOTINIB CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
nilotinib hcl cápsulas (equiv. TASIGNA)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
nimodipina cápsulas (equiv. NIMOTOP)	-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NINLARO CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de Diplomat 877-977-9118, Walgreens 888-347-3416, Walmart Specialty 877-453-4566)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NIRAVAM ODT	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
nisoldipina ER comprimidos (equiv. SULAR)	-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 20 MG, 30 MG, 40 MG	-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 25.5 MG	-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
nitazoxanida comprimidos (equiv. ALINIA) (QL= 6 comprimidos/3 días)	PA-QL	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitisisona cápsulas (equiv. ORFADIN)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NITRO-BID POMADA	-	3	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITRO-DUR PARCHES	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITRO-DUR PARCHES 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitrofurantoína macrocristales cápsulas (equiv. MACRODANTIN)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitrofurantoína macrocristales cápsulas 25 mg (equiv. MACRODANTIN)	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitrofurantoína monohidrato cápsulas (equiv. MACROBID)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitrofurantoína suspensión (equiv. FURADANTIN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
NITROFURANTOÍNA SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
NITROGLICERINA ER CÁPSULAS	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitroglicerina spray lingual (equiv. NITROLINGUAL)	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitroglicerina pomada (equiv. RECTIV)	-	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
nitroglicerina parches (equiv. NITRO-DUR)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitroglicerina SL comprimidos (equiv. NITROSTAT)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITROLINGUAL PUMP SPRAY	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITROMIST SPRAY	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITROSTAT SL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
NITYR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NIVESTYM INYECTABLE	MSP	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NIZATIDINE CÁPSULAS	-	2	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ ANTICOLINÉRGICOS
nizatidina cápsulas (equiv. AXID)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
NIZORAL SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NOCDURNA SL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NOCTIVA EMULSIÓN SPRAY	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NORDITROPIN INYECTABLE, NUTROPIN AQ INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
noretindrona ace-etinilestradiol-fe cápsulas (equiv. TAYTULLA)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona acetato/etinilestradiol FE comprimidos masticables (equiv. MINASTRIN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona acetato/etinilestradiol comprimidos (equiv. LOESTRIN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona comprimidos (equiv. NORA-QD)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona comprimidos (equiv. AYGESTIN)	-	2	PROGESTINAS
noretindrona/etinilestradiol FE comprimidos (equiv. LOESTRIN FE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
NORGESIC FORTE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
NORGESIC COMPRIMIDOS, ORFENADRINA/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS 25-385-30 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
NORITATE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NORLIQVA SOLUCIÓN ORAL (Se requiere autorización previa para miembros a partir de 9 años)	PA	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NORPACE CÁPSULAS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
NORPACE CR CÁPSULAS	-	3	ANTIARRÍTMICOS
NORPRAMIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
NOR-QD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
NORTHERA CÁPSULAS	-	NC	VASOCOMPRESORES
nortrel comprimidos (equiv. OVCON 35)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
nortriptilina cápsulas (equiv. PAMELOR)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
nortriptilina solución oral (equiv. NORTRIPTILINA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
NORVASC COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NORVIR CÁPSULAS	-	4	ANTIVIRALES
NORVIR POLVO EN PAQUETE	-	4	ANTIVIRALES
NORVIR SOLUCIÓN	-	4	ANTIVIRALES
NORVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
NOURIANZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
NOVACORT GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NOVAVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
NOVOEIGHT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN 70/30 INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN 70/30 RELION INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN N FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
NOVOLIN N INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN N RELION 100 UNIDADES/ML	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN R FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN R INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN R RELION INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG FLEXPEN INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG MIX FLEXPEN INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG MIX INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG PENFILL INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOSEVEN RT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NOVOTWIST AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
NOVOTWIST/NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
NOXAFIL PAK	-	4	ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
np thyroid comprimidos (equiv. ARMOUR TIROIDES, NATURE THROID)	-	2	AGENTES TIROIDEOS
NUBEQA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NUCALA INYECTABLE	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
NUCALA INY. (QL= 1 iny./28 días)	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
NUCARACLINPA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUCARARXPAK KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUCORT LOCIÓN	-	4	DERMATOLÓGICOS
NUCYNTA ER COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
NUCYNTA COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
NUDERMRXPAK PAQUETE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUDEXTA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día)	PA-QL	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nulido parches (equiv. NULIDO)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUPLAZID CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
NUPLAZID COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
NUVAKAAN II KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUVARING	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
NUVESSA GEL VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
NUVIGIL COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
NUWIQ INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NUWIQ KIT	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NUZYRA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
NYATA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NYMALIZE SOLUCIÓN	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NYPOZI INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
nistatina crema (equiv. MYCOSTATIN CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
nistatina polvo	-	2	ANTIFÚNGICOS
nistatina suspensión	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
NISTATINA SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
nistatina comprimidos	-	2	ANTIFÚNGICOS
nistatina polvo tópico	-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina/triamcinolona crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina/triamcinolona pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
NYVEPRIA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
OBIZUR INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
OCALIVA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
octreotida inyectable (equiv. SANDOSTATIN)	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OCTREOTIDA INYECTABLE 100 MCG	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OCUFLOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ODACTRA SL COMPRIMIDOS	PA	4	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLOGICOS MISC
ODEFSEY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ODOMZO CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OFEV COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ofloxacina solución oftálmica (equiv. OCUFLOX)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ofloxacina solución ótica (equiv. FLOXIN)	-	2	AGENTES ÓTICOS
OFLOXACINA COMPRIMIDOS	-	2	FLUOROQUINOLONAS
OGSIVEO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OGSIVEO COMPRIMIDOS 50 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OHTUVAYRE SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
OJEMDA SUSPENSIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OJEMDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OJJAARA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
olanzapina ODT (equiv. ZYPREXA)	-	3	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
olanzapina comprimidos (equiv. ZYPREXA)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANIÁICOS
olanzapina/fluoxetina cápsulas (equiv. SYMBYAX)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
OLLIZAC POLVO	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
olmesartán comprimidos (equiv. BENICAR)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. TRIBENZOR comprimidos)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
olmesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. BENICAR HCT)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
olopatadina spray nasal (equiv. PATANASE)	-	3	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
olopatadina solución oftálmica 0.1 % (equiv. PATANOL)	OTC	2	AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadina solución oftálmica 0.2 % (equiv. PATADAY) (QL= 2.5 ml/30 días)	OTC-QL	2	AGENTES OFTÁLMICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
OLPRUVA PAQUETE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OLUMIANT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
OLUX E ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OLUX ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OMEGA-3 RX PAK COMPLETO	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ácido omega-3 etil esterres cápsulas (equiv. LOVAZA)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
omeprazol DR cápsulas (equiv. PRILOSEC)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
omeprazol magnesio DR comprimidos 20 mg (equiv. PRILOSEC)	OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
omeprazol comprimidos	OTC	2	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv. ZEGERID)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
OMNARIS SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
OMNICEF SUSPENSIÓN	-	NC	CEFALOSPORINAS
OMNIPAQUE SOLUCIÓN	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD DASH PDM KIT	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNITROPE INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OMVOH INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ONAPGO INYECTABLE	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN)	-	2	ANTIEMÉTICOS
ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN)	-	2	ANTIEMÉTICOS
ondansetrón comprimidos (equiv. ZOFRAN)	-	2	ANTIEMÉTICOS
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ONETOUCH DELICA LANCETAS	OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS	OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS	OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ONEXTON GEL 1.2-3.75%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ONFI SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ONFI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ONGLYZA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ONUREG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ONYCHO-MED KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ONYDA XR SUSPENSIÓN	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ONZETRA XSAIL	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
OPANA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OPFOLDA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OPILL COMPRIMIDOS	OTC	NC	ANTICONCEPTIVOS
OPIZA PELÍCULA	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
tintura de opio	-	4	ANTIDIARREICOS
OPSUMIT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
OPSYNVI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
OPVEE SPRAY NASAL	-	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año)	PA-QL	4	DERMATOLÓGICOS
ORACEA CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ORACIT SOLUCIÓN	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
ORALAIR SL COMPRIMIDOS	-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
ORAP COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ORAPRED ODT COMPRIMIDOS	-	4	CORTICOSTEROIDES
ORAPRED SOLUCIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
ORAVIG COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
ORENCIA CLICK INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/ML (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENCIA SC INYECTABLE 50 MG/0.4 ML (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENCIA SC INYECTABLE 87.5MG/0.7ML (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENITRAM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ORENITRAM COMPRIMIDOS PAQUETE MENSUAL	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ORFADIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORFADIN SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORGOVYX COMPRIMIDOS (QL= 30 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ORIAHNN CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día)	PA-QL	3	ESTRÓGENOS
ORLISSA COMPRIMIDOS 150 MG (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORLISSA COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORKAMBI PAQUETE GRANULADO (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ORKAMBI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ORLADEYO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ORLYNVAH COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
orfenadrina citrato ER comprimidos (equiv. NORFLEX)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ORSERDU COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ORSERDU COMPRIMIDOS 345 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ORTHO TRI-CYCLEN (LO) COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
ORTHO-CYCLEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
ORTIKOS ER CÁPSULAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
oseltamivir cápsulas (equiv. TAMIFLU) (QL= 10 cápsulas/reposición)	QL	2	ANTIVIRALES
oseltamivir cápsulas 30 mg (equiv. TAMIFLU) (QL= 20 cápsulas/reposición)	QL	2	ANTIVIRALES
oseltamivir suspensión (equiv. TAMIFLU) (QL= 250 ml/reposición)	QL	3	ANTIVIRALES
OSMOLEX ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
OSMOPREP COMPRIMIDOS	-	NC	LAXANTES
OSPHENA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OTEZLA PAQUETE DE INICIO	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
OTEZLA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
otomax-HC solución ótica (equiv. CORTANE-B)	-	NC	AGENTES ÓTICOS
OTOVEL SOLUCIÓN ÓTICA, CIPROFLOXACINA/FLUOCINOLONA SOLUCIÓN ÓTICA	-	NC	AGENTES ÓTICOS
OTULFI INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
OTULFI JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS CREMA	-	4	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE ENJUAGUE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVCON 35 COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
OVEEZA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
OVIDE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVIDREL INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
oxaprozina comprimidos (equiv. DAYPRO)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
oxazepam cápsulas (equiv. SERAX)	-	3	AGENTES ANTIANSIEDAD
OXBRYTA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
OXBRYTA COMPRIMIDOS PARA SUSPENSIÓN ORAL	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
oxcarbazepina er comprimidos (equiv. OXTELLAR)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepina suspensión (equiv. TRILEPTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepina comprimidos (equiv. TRILEPTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
OXERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 8 kits/ ojo afectado/de por vida; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES OFTÁLMICOS
OXIANUJO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
nitrato de oxiconazol crema (equiv. OXISTAT)	-	4	DERMATOLÓGICOS
OXISTAT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OXISTAT LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OXSORALEN ULTRA CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OXTELLAR XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
oxibutinina ER comprimidos (equiv. DITROPAN XL)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
oxibutinina jarabe	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
oxibutinina comprimidos (equiv. DITROPAN)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
OXYBUTYNIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
oxidodona cápsulas (equiv. OXYIR)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxidodona concentrado (equiv. ROXICODONE)	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxidodona solución (equiv. ROXICODONE)	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxidodona comprimidos (equiv. ROXICODONE)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxidodona/acetaminofeno cápsulas (equiv. TYLOX)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN 10-300 MG/5 ML, PROLATE SOLUCIÓN 10-300MG/5ML	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxidodona/acetaminofeno comprimidos (equiv. PERCOCET)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS 2.5-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ASPIRINA COMPRIMIDOS	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxidodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. COMBUNOX)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXYCONTIN CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXYIR CÁPSULAS	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oximorfona comprimidos	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OZEMPIC INY. (QL= 1 paquete/28 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
PALFORZIA POLVO EN PAQUETE (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC
paliperidona ER comprimidos (equiv. INVEGA)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
PALYNZIQ INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PAMELOR CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
pamidronato inyectable	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PANCREAZE CÁPSULAS, PERTZYE CÁPSULAS, ULTRESA CÁPSULAS, ZENPEP CÁPSULAS	-	NC	AYUDA DIGESTIVA
PANDEL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PANRETIN GEL	MSP-PA	5	DERMATOLÓGICOS
pantoprazol EC comprimidos (equiv. PROTONIX)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
pantoprazol sódico paquete (equiv. PROTONIX PAK)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
paramox hc gel (equiv. NOVACORT GEL)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PAREGÓRICO TINTURA	-	NC	ANTIDIARREICOS
paricalcitol cápsulas (equiv. ZEMPLAR)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PARLODEL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
PARLODEL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
PARNATE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
paroxetina cápsulas (equiv. BRISDELLE)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
paroxetina ER comprimidos (equiv. PAXIL CR)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
PAROXETINA SUSPENSIÓN	-	4	ANTIDEPRESIVOS
paroxetina comprimidos (equiv. PAXIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
PASER GRANULADO	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PATADAY SOLUCIÓN OFTÁLMICA	OTC	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PATANASE SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PAXIL CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL SUSPENSIÓN ORAL	-	4	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7%	OTC	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
pazopanib comprimidos (equiv. VOTRIENT) (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
pb-belladonna elixir (equiv. DONNATAL)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PCE COMPRIMIDOS	-	4	MACRÓLIDOS
MEDIDOR DE FLUJO PICO	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
PEDIARIX INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro solución	-	NC	MULTIVITAMINAS
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro/hierro solución	-	NC	MULTIVITAMINAS
PEDIZOLPAK PAQUETE DE TERAPIA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PEDVAXHIB INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
peg 3350 solución (equiv. 100 gramos de Moviprep) (equiv. MOVIPREP) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario).	QL	1	LAXANTES
peg 3350/electrolitos solución (equiv. COLYTE) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
peg 3350/electrolitos solución (equiv. NULYTELY) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
PEGANONE COMPRIMIDOS	-	3	ANTICONVULSIVOS
PEGASYS INYECTABLE	MSP	5	ANTIVIRALES
PEG-INTRON INYECTABLE	MSP	5	ANTIVIRALES
PEG KIT DE PREPARACIÓN	-	NC	LAXANTES
PEMAZYRE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AGUJA PARA PLUMA	OTC	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
PENBRAYA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
penciclovir crema (equiv. DENAVIR)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
penicilamina comprimidos (equiv. DEPEND TITRATAB)	-	3	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
penicilamina cápsulas (equiv. CUPRIMINE)	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
PENICILINAS VK SOLUCIÓN	-	2	PENICILINAS
penicilina vk comprimidos (equiv. VEETIDS)	-	2	PENICILINAS
PENLAC SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PENMENVY INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PENNSAID SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PENTACEL INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
pentamidina solución para nebulización (equiv. NEBUPENT)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
PENTASA CR CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
pentazocina/acetaminofeno comprimidos (equiv. TALACEN)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
pentazocina/naloxona comprimidos (equiv. TALWIN NX)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PENTOSAN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
pentoxifilina ER comprimidos (equiv. TRENTAL)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PEPCID SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PEPCID COMPRIMIDOS	OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
perampanel comprimidos (equiv. FYCOMPA)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
PERCOCET COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PERFOROMIST SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PERIDEX SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PERINDOPRIL COMPRIMIDOS	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
perindopril comprimidos (equiv. ACEON)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
permetrina crema (equiv. ELIMITE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
perfenazina comprimidos (equiv. TRILAFON)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
PERFENAZINA/ AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PEXEVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PHEBURANE GRÁNULOS ORALES	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
fenazopiridina comprimidos (equiv. PYRIDIUM)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
FENDIMETRAZINA ER COMPRIMIDOS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
fendimetrazina comprimidos (equiv. BONTRIL PDM)	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
FENELZINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	2	ANTIDEPRESIVOS
fenelzina comprimidos (equiv. NARDIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
fenobarbital elixir	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
FENOBARBITAL COMPRIMIDOS	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
fenoxibenzamina cápsulas (equiv. DIBENZYLINE)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
fenilefrina solución oftálmica (equiv. MYDRIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
fenitoína cápsulas (equiv. DILANTIN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
fenitoína comprimidos masticables (equiv. DILANTIN)	-	3	ANTICONVULSIVOS
fenitoína suspensión (equiv. DILANTIN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
PHEXXI GEL (QL= 1 caja/reposición)	QL	1	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
PHOSLO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
PHOSLYRA SOLUCIÓN	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
phospha 250 neutral comprimidos (equiv. K-PHOS NEUTRAL)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
PHOSPHOLINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PHOTREXA OP KIT	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PHOTREXA SOLUCIÓN OFTÁLMICA VISCOSA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
fitonadiona comprimidos (equiv. MEPHYTON)	-	3	VITAMINAS
PICATO GEL (QL= 1 caja/reposición)	QL	4	DERMATOLÓGICOS
PIFELTRO COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
pilocarpina hcl solución oftálmica 1.25% (equiv. Vuity)	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
pilocarpina solución oftálmica (equiv. ISOPTO CARPINE)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
pilocarpina comprimidos (equiv. SALAGEN)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
pimecrolimus crema (equiv. ELIDEL) (Cubierto para miembros de 2 años de edad en adelante)	-	3	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PIMOZIDA COMPRIMIDOS	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
pindolol comprimidos (equiv. VISKEN)	-	2	BETA BLOQUEADORES
pioglitazona comprimidos (equiv. ACTOS)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
pioglitazona/glimepirida comprimidos (equiv. DUETACT)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
pioglitazona/metformina comprimidos (equiv. ACTOPLUS MET)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
PIQRAY COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
pirfenidona cápsulas (equiv. ESBRIET) (QL= 9 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
PIRFENIDONE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
pirfenidona comprimidos 267 mg (equiv. ESBRIET) (QL= 9 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
pirfenidona comprimidos 801mg (equiv. ESBRIET) (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
piroxicam cápsulas (equiv. FELDENE)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
pitavastatina cálcica comprimidos (equiv. LIVALO) (La terapia escalonada requiere la prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
PLAN B COMPRIMIDOS	OTC	1	ANTICONCEPTIVOS
PLAQUENIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
PLAVIX COMPRIMIDOS 300 MG	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PLAVIX COMPRIMIDOS 75 MG	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PLEGRIDY INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PLEGRIDY PLUMA INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PLENITY CÁPSULAS	-	EXC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
PLENVU SOLUCIÓN	-	NC	LAXANTES
plerixafor subcutáneo inyectable (equiv. MOZOBIL)	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
PLEXION CREMA 9.8-4.8%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PLEXION LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PLIAGLIS CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PLIAGLIS KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PNEUMOVAX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PODIAPN CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
PODOCON SOLUCIÓN	-	3	DERMATOLÓGICOS
podofilox gel (equiv. CONDYLOX)	-	4	DERMATOLÓGICOS
PODOFILOX SOLUCIÓN	-	3	DERMATOLÓGICOS
podofilox solución (equiv. CONDYLOX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
POKONZA POLVO	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
polietilenglicol 3350 polvo (equiv. MIRALAX)	OTC	NC	LAXANTES
POLIETILENGLICOL 8000 GRANULADO	-	3	COADYUVANTES FARMACÉUTICOS
polietilenglicol paquete (equiv. MIRALAX)	OTC	NC	LAXANTES
polimixina b/trimetoprima solución oftálmica (equiv. POLYTRIM)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
POLYTRIM SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
POLY-TUSSIN DM JARABE	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
POLY-VI-FLOR SUSPENSIÓN	-	NC	MULTIVITAMINAS
POMALYST CÁPSULAS (QL= 21 cápsulas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
PONSTEL CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PONVORY COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PONVORY COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
posaconazol DR comprimidos (equiv. NOXAFIL)	-	4	ANTIFÚNGICOS
posaconazol suspensión (equiv. NOXAFIL)	-	4	ANTIFÚNGICOS
POTASIO/CLORURO COMPRIMIDOS EFERVESCENTES	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
POTABA CÁPSULAS	-	4	VITAMINAS
POTABA POLVO EN PAQUETE	-	3	VITAMINAS
bicarbonato de potasio comprimidos efervescentes (equiv. K-LYTE)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio comprimidos efervescentes (equiv. K-LYTE/CL)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio ER cápsulas (equiv. MICRO-K)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
potasio cloruro ER comprimidos (equiv. K-TAB)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio microcomprimidos (equiv. K-DUR)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio polvo en paquete (equiv. K-LOR-CON)	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
CLORURO DE POTASIO SOLUCIÓN	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
POTASIO CLORURO COMPRIMIDOS ER	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
citrato de potasio CR comprimidos (equiv. UROCIT-K)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
citrato de potasio/ácido cítrico polvo en paquete (equiv. POLYCITRA)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
citrato de potasio/ácido cítrico solución (equiv. POLYCITRA-K)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
yoduro de potasio solución oral (equiv. SSKI)	-	3	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
potasio fosfato monobásico comprimidos (equiv. K-PHOS)	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
POTIGA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	QL	3	ANTICONSULSIVOS
POTIGA COMPRIMIDOS 50 MG (QL= 9 comprimidos/día)	QL	3	ANTICONSULSIVOS
PRADAXA CÁPSULAS	-	4	ANTICOAGULANTES
PRADAXA PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC	ANTICOAGULANTES
PRALUENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	PA-QL	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
pramipexol ER comprimidos (equiv. MIRAPEX ER)	-	4	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
pramipexol comprimidos (equiv. MIRAPEX)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
PRAMOSONE CREMA 1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE CREMA 2.5-1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE E CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
pramoxina/hidrocortisona crema (equiv. ANALPRAM-HC)	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
PRANDIMET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIIDIABÉTICOS
PRASCION RA CREMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
prasugrel comprimidos (equiv. EFFIENT)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
pravastatina comprimidos (equiv. PRAVACHOL)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
praziquantel comprimidos (equiv. BILTRICIDE)	-	3	ANTIHELMÍNTICOS
prazosina cápsulas (equiv. MINIPRESS)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS DE CETONAS	OTC	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
PRECISION XTRA MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
PRECOSE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIIDIABÉTICOS
PRED FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PRED MILD SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
PRED-G SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNICARBATO CREMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
PREDNICARBATO POMADA	-	3	DERMATOLÓGICOS
prednisolona acetato suspensión oftálmica (equiv. PRED FORTE)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisolona ODT (equiv. ORAPRED)	-	3	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA ODT COMPRIMIDOS	-	3	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisolona solución	-	2	CORTICOSTEROIDES
prednisolona solución (equiv. PEDIAPRED)	-	2	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA SOLUCIÓN	-	4	CORTICOSTEROIDES
prednisolona comprimidos (equiv. MILLIPRED)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENACO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/KETOROLACO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisona paquete	-	NC	CORTICOSTEROIDES
PREDNISONA SOLUCIÓN	-	3	CORTICOSTEROIDES
prednisona comprimidos (equiv. DELTASONE)	-	2	CORTICOSTEROIDES
PREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT	-	NC	CORTICOSTEROIDES
PREFEST COMPRIMIDOS	-	4	ESTRÓGENOS
pregabalina cápsulas (equiv. LYRICA) (QL= 3 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
pregabalina cápsulas 225 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
pregabalina cápsulas 300 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
pregabalina ER comprimidos (equiv. LYRICA CR)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
pregabalina solución (equiv. LYRICA) (QL= 30 ml/día)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
PREGEN DHA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
PREGENNA COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS
PREGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECTABLE	INF-M	6	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PREHEVBRIO SUSPENSIÓN	VAC	1	VACUNAS
PREMARIN COMPRIMIDOS	-	3	ESTRÓGENOS
PREMARIN CREMA VAGINAL	-	3	PRODUCTOS VAGINALES
PREMPHASE COMPRIMIDOS, PREMPRO COMPRIMIDOS	-	3	ESTRÓGENOS
PRENARA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
PRENATABS RX COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMINAS
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	2	MULTIVITAMINAS
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMINAS
VITAMINAS PRENATALES (NO PREFERIDOS)	-	4	VITAMINAS
VITAMINAS PRENATALES (PRENATAL PLUS, PREPLUS, PRENAPLUS)	-	2	MULTIVITAMINAS
PRENATE MAX COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS
PRENATOL-M COMPRIMIDOS 27-1.2 MG	-	NC	MULTIVITAMINAS
PRENATRIX COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS
PRENATRYL COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PRESTALIA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
PRETOMANID COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día; restringido a especialistas de Enfermedades infecciosas)	QL-RS	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
PREVACID CÁPSULAS (Solo con receta)	-	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PREVACID OTC CÁPSULAS	OTC	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PREVACID SOLUTAB	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ ANTICOLINÉRGICOS
PREVIDENT 5000 PLUS CREMA (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con copago de marca preferida)	-	1	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVIDENT GEL	-	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVIDENT PASTA	-	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVIDENT SOLUCIÓN	-	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVNAR 20 INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PREVYMIS PAK (QL= 4 paquetes/día; límite 800 paquetes/365 días)	MSP-PA-QL	5	ANTIVIRALES
PREVYMIS COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día; límite 200 comprimidos/365 días)	MSP-PA-QL	5	ANTIVIRALES
PREZCOBIX COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
PREZISTA SUSPENSIÓN	-	5	ANTIVIRALES
PREZISTA COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
PREZISTA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
PRIFTIN COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
PRILOSEC CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PRILOSEC OTC DR COMPRIMIDOS	OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
primaquina comprimidos (equiv. PRIMAQUINE)	-	2	ANTIMALÁRICOS
PRIMAQUINE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
primidona comprimidos (equiv. MYSOLINE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
PRIMIDONA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
PRIMLEV COMPRIMIDOS 10-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PRIMLEV COMPRIMIDOS 5-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PRIMSOL SOLUCIÓN	-	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
PRIORIX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PRISTIQ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PROAIR HFA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PROAIR RESPICLICK INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
probenecida comprimidos (equiv. BENEMID)	-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
PROCAINAMIDA INYECTABLE	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
proclorperazina supositorios (equiv. COMPAZINE)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINE)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
PROCORT CREMA	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
PROCRIT INYECTABLE	-	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
PROCTOCORT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PROCTOFOAM HC ESPUMA	-	3	AGENTES ANORRECTALES
proctosol HC crema (equiv. ANUSOL HC)	-	2	AGENTES ANORRECTALES

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
PRODRIN COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
PROFILNINE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PROFINAC PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM)	-	2	PROGESTINAS
progesterona aceite inyectable	-	2	PROGESTINAS
PROGESTERONA SUPOSITORIOS	PA	4	PRODUCTOS VAGINALES
PROGLYCEM SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
PROGRAF CÁPSULAS	-	NC	CLASES SURTIDAS
PROGRAF PAQUETE	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
PROLIA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PROMACTA POLVO	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
PROMACTA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
prometazina DM jarabe	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina supositorios (equiv. PHENERGAN)	-	3	ANTIISTAMÍNICOS
prometazina jarabe	-	2	ANTIISTAMÍNICOS
prometazina COMPRIMIDOS (equiv. PHENERGAN)	-	2	ANTIISTAMÍNICOS
PROMETAZINA VC JARABE	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina VC/codeína jarabe (equiv. PHENERGAN VC/CODEÍNA)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina/codeína jarabe (equiv. PHENERGAN/CODEÍNA)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
PROMETHEGAN SUPOSITORIOS	-	3	ANTIISTAMÍNICOS
PROMETRIUM CÁPSULAS	-	NC	PROGESTINAS
PROMISEB CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
propafenona ER cápsulas (equiv. RYTHMOL SR)	-	3	ANTIARRÍTMICOS
propafenona comprimidos (equiv. RYTHMOL)	-	2	ANTIARRÍTMICOS
PROPANTHELINE COMPRIMIDOS	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
proparacaína solución oftálmica (equiv. ALCAINE)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
propranolol ER cápsulas (equiv. INDERAL LA)	-	2	BETA BLOQUEADORES
PROPRANOLOL SOLUCIÓN	-	2	BETA BLOQUEADORES
PROPRANOLOL SOLUCIÓN 20 MG/5 ML	-	2	BETA BLOQUEADORES
propranolol comprimidos (equiv. INDERAL)	-	2	BETA BLOQUEADORES
propiltiouracilo comprimidos	-	2	AGENTES TIROIDEOS
PROQUAD INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PROQUIN XR COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONAS
PROSCAR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
PROSED DS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIINFECIOSOS URINARIOS
PROTHELIAL PASTA	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PROTONIX EC COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PROTOPIC POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
protriptilina comprimidos (equiv. VIVACTIL)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
PROVERA COMPRIMIDOS	-	NC	PROGESTINAS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PROVIGIL COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
PROZAC CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PROZAC CÁPSULAS SEMANALES	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
prucaloprida succinato comprimidos (equiv. MOTEGRITY) (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
PULMICORT FLEXHALER	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PULMICORT SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PULMOZYME SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	MSP	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
PUREFOLIX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
PYLERA CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ ANTICOLINÉRGICOS
pirazinamida comprimidos	-	2	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
PYRIDIUM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
piridostigmina CR comprimidos (equiv. MESTINON)	-	3	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
piridostigmina comprimidos (equiv. MESTINON)	-	2	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
PIRIDOSTIGMINA COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
piridostigmina solución (equiv. MESTINON)	-	4	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
pirimetamina comprimidos (equiv. DARAPRIM) (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	2	ANTIMALÁRICOS
PIRIMETAMINA/LEUCOVORINA CÁPSULAS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
PYRUKYND COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PYRUKYND TAPER PAQUETE (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PYZCHIVA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QBRELIS SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTIHIPERTENSIVOS
QBREXZA TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QDOLO SOLUCIÓN, TRAMADOL SOLUCIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
QELBREE ER CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
QFITLIA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
QINLOCK COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
QLOSI SOLUCIÓN OFTÁLMICA, Vuity SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
QMIIZ ODT COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
QNASL SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NAALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
QTERN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
QUALAQUIN CÁPSULAS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
QUAZEPAM COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
QUDEXY XR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
QUESTRAN LITE POLVO	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
QUESTRAN POLVO	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
QUESTRAN POLVO EN PAQUETE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
quetiapina comprimidos (equiv. SEROQUEL)	-	2	ANTIPICÓTICOS/ANTIMANÍACOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
QUETIAPINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSIKÓTICOS/ANTIMANÍACOS
quetiapina XR comprimidos (equiv. SEROQUEL XR)	-	2	ANTIPSIKÓTICOS/ANTIMANÍACOS
QUILLIVANT XR SUSPENSIÓN	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
quinapril comprimidos (equiv. ACCUPRIL)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
QUINAPRIL/HCTZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
quinapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ACCURETIC)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
quinidina gluconato CR comprimidos	-	3	ANTIARRÍTMICOS
quinidina sulfato comprimidos	-	2	ANTIARRÍTMICOS
QUINIDINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
quinidina sulfato cápsulas (equiv. QUALAQUIN)	-	NC	ANTIMALÁRICOS
QUINIXIL PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QUINOSONA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QULIPTA COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
QUVIVIQ COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
QVAR REDIHALER	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
rabeprazol EC comprimidos (equiv. ACIPHEX)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
RADICAVA ORS KIT DE INICIO (QL= 70 ml/365 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN (QL= 50 mL/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
RAGWITEK SL COMPRIMIDOS	-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
RALDESY SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
raloxifeno comprimidos (equiv. EVISTA) (\$0 de copago solo para miembros femeninos mayores de 35 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ramelteón comprimidos (equiv. ROZEREM) (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ramipril cápsulas (equiv. ALTACE)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
RANEXA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
ranolazina comprimidos (equiv. RANEXA)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
RAPAFLO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RAPAMUNE SOLUCIÓN	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
RAPAMUNE COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
rasagilina comprimidos (equiv. AZILECT)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
RAVICTI LÍQUIDO	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RAYALDEE CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RAYOS COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
RAZADYNE SOLUCIÓN	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
RAZADYNE COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
REBIF INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
REBINYN INYECTABLE	-	EX C	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
REBLOZYL INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
RECOMBINATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
RECORLEV COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RECTIV POMADA	-	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
REDITREX INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
REGLAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
REGRANEX GEL (QL= 30gm/reposición)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
RELAFEN DS COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RELENZA DISKHALER (QL= 1 inhalador/reposición)	QL	3	ANTIVIRALES
RELEUKO INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
RELEUKO INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
RELEXXI ER COMPRIMIDOS	-	NC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
RELISTOR INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
RELISTOR KIT INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
RELISTOR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
RELPAZ COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
RELTONE CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
REMERON SOLUTAB	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
REMERON COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
RENACIDINA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RENAGEL COMPRIMIDOS 800 MG	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
renapro cápsulas (equiv. NEPHROCAP)	-	NC	MULTIVITAMINAS
RENOVA CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
REVELA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
repaglinida comprimidos (equiv. PRANDIN)	-	2	ANTIIDIABÉTICOS
REPATHA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
REQUIP COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
REQUIP XL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
RESRIPTOR COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
RESERVAPAK JARABE	-	NC	MEDICINAS ALTERNATIVAS
RESTASIS MULTIDOSIS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
RESTASIS EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
RESTORIL CÁPSULAS 15 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL CÁPSULAS 22.5 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL CÁPSULAS 30 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL CÁPSULAS 7.5 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RETACRIT INY.	-	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
RETEVMO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
RETEVMO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETIN-A CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETIN-A MICRO GEL 0.04 %; 0.1 %	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETIN-A MICRO GEL 0.08%; 0.06%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETIN-A MICRO GEL, RETIN-A MICRO BOMBA DE GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETROVIR CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
RETROVIR JARABE	-	NC	ANTIVIRALES
RETROVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
REVATIO SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
REVATIO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
REVLIMID CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416; restringido para especialistas en oncología o hematología)	LD-QL-RS	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
REVUFORJ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
REXAPHENAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
REXULTI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	ANTIPISICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
REYATAZ CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
REYATAZ POLVO EN PAQUETE	-	5	ANTIVIRALES
REYVOW COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
REZDIFFRA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
REZLIDHIA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
REZUROCK COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
REZVOGLAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
REZYST COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTIDIARREICOS
RHEUMATREX COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RHINOCORT AQUA SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
RHOFADE CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
RHOPRESSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
RIBAVIRINA CÁPSULAS	MSP	2	ANTIVIRALES
ribavirina cápsulas (equiv. REBETOL)	MSP	2	ANTIVIRALES
ribavirina solución para inhalación (equiv. VIRAZOLE)	-	NC	ANTIVIRALES
RIBAVIRINA COMPRIMIDOS	MSP	2	ANTIVIRALES
RIDAURA CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
rifabutina cápsulas (equiv. MYCOBUTIN)	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RIFADIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RIFAMATE CÁPSULAS	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
rifampina cápsulas (equiv. RIFADIN)	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RIFATER COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RILUTEK COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
riluzol comprimidos (equiv. RILUTEK)	-	3	AGENTES NEUROMUSCULARES
RIMANTADINA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIVIRALES
RINVOQ ER COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL (QL= 12 ml/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RIOMET SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
risedronato DR comprimidos (equiv. ATELVIA) (La terapia escalonada requiere la prueba de alendronato)	ST	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
risedronato comprimidos (equiv. ACTONEL)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RISPERDAL INYECTABLE	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
RISPERDAL M ODT	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
RISPERDAL SOLUCIÓN	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
RISPERDAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
risperidona microesferas inyectable (equiv. RISPERDAL)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
RISPERIDONA ODT	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
risperidona ODT (equiv. RISPERDAL M)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
risperidona solución (equiv. RISPERDAL)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
risperidona comprimidos (equiv. RISPERDAL)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
RITALIN LA CÁPSULAS, APTENSIO XR CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
RITALIN COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ritonavir comprimidos (equiv. NORVIR)	-	2	ANTIVIRALES
RITUXAN INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
rivaroxabán para suspensión (equiv. XARELTO)	-	2	ANTICOAGULANTES
rivaroxabán comprimidos 2.5 mg (equiv. XARELTO)	-	2	ANTICOAGULANTES
rivastigmina cápsulas (equiv. EXELON)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
rivastigmina parches (equiv. EXELON)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
RIVFLOZA INYECTABLE	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RIVFLOZA INYECTABLE 160 MG	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RIVFLOZA VIAL	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RIVIVE, REXTOVY SPRAY	OTC	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
RIXUBIS INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
rizatriptán ODT (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días)	QL	2	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
rizatriptán comprimidos (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días)	QL	2	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ROAOXIA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ROBAXIN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ROBINUL COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ROCALTROL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ROCALTROL SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ROCKLATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
roflumilast comprimidos (equiv. DALIRESP)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ROMVIMZA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ropinirol ER comprimidos (equiv. REQUIP XL)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ropinirol comprimidos (equiv. REQUIP)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ROIACAÍNA/CLONIDINA/KETOROLACO INYECTABLE	-	NC	ANESTÉSICOS LOCALES-PARENTERALES
ROSADAN KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ROSULA EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ROSULA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
rosuvastatina comprimidos (equiv. CRESTOR)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ROSZET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIMIBA/ROSUVASTATINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ROTARIX SUSPENSIÓN	VAC	1	VACUNAS
ROTATEQ INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
ROWASA KIT	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ROXICODONE COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ROXYBOND COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ROXYBOND COMPRIMIDOS 15 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ROXYBOND COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ROXYBOND COMPRIMIDOS 5 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ROZEREM COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ROZLYTREK CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ROZLYTREK PAK (QL= 6 paquetes/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RUBRACA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RUCONEST INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
rufinamida suspensión (equiv. BANZEL)	PA	3	ANTICONVULSIVOS
rufinamida comprimidos (equiv. BANZEL)	PA	3	ANTICONVULSIVOS
RUKOBIA ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
RYALTRIS SPRAY	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
RYBELSUS COMPRIMIDOS (QL=1 comprimido/día)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
RYBIX ODT	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
RYCLORA SOLUCIÓN	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
RYDAPT CÁPSULAS (QL= 56 cápsulas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RYTHMOL SR CÁPSULAS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
RYVENT 6 MG COMPRIMIDOS, CARBINOXAMINA MALEATO 6 MG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
SABRIL POLVO EN PAQUETE	-	NC	ANTICONVULSIVOS
SABRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
sacubitril-valsartán comprimidos (equiv. ENTRESTO) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
SAFYRAL COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
SAIZEN INYECTABLE, SEROSTIM INYECTABLE, ZORBTIVE INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SALAGEN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
SALEX KIT LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SALEX SHAMPOO	-	4	DERMATOLÓGICOS
SALEX SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SALICATO LÍQUIDO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ácido salicílico solución	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ácido salicílico crema (equiv. CERAVE PSORIASIS)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ácido salicílico shampoo (equiv. SALEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
SALIMEZ FORTE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
salsalato comprimidos (equiv. DISALCID)	-	3	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
SAMSCA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SAMSCA COMPRIMIDOS 15 MG	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SANCUSO PARCHES (QL= 4 parches/reposición)	QL	4	ANTIEMÉTICOS
SANDIMMUNE CÁPSULAS	-	NC	CLASES SURTIDAS
SANDIMMUNE SOLUCIÓN 100 MG/ML	-	5	CLASES SURTIDAS
SANDOSTATIN INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SANTYL POMADA (QL= 90 gm/30 días)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
SAPHRIS SL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
sapropterina dihidrocloruro polvo en paquete (equiv. KUVAN)	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
sapropterina dihidrocloruro comprimidos solubles (equiv. KUVAN)	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SARAFEM COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
SAVAYSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICOAGULANTES
SAVELLA PAK	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
SAVELLA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
saxagliptina hcl comprimidos (equiv. ONGLYZA)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
saxagliptina-metformina clorhidrato comprimidos liberación prolongada 24 horas (equiv. KOMBIGLYZE)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SAXENDA INYECTABLE	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
SCARCIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
scarcin gel (equiv. SCARCIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SCARCIN LÍQUIDO A BOLILLA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SCEMBLIX COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
escopolamina parches (equiv. TRANSDERM-SCOP)	-	3	ANTIEMÉTICOS
SEASONIQUE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
SECONAL CÁPSULAS	-	3	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
SECUADO PARCHES	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
SEEBRI NEOHALER CÁPSULAS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SEGLENTIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SEGLUROMET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SELARSDI INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
selegilina cápsulas (equiv. ELDEPRYL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
selegilina comprimidos (equiv. ELDEPRYL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
selenio sulfuro loción 2.5% (equiv. SELSUN)	-	2	DERMATOLÓGICOS
sulfuro de selenio shampoo (equiv. SELSEB)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfuro de selenio shampoo 2.3 % (equiv. SELRX)	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
SELRX SHAMPOO 2.3%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SELZENTRY SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
SELZENTRY COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
SEMGLEE INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE INYECTABLE (PLUMA ÚNICA)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE INYECTABLE, INSULINA GLARGINA-YFGN INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE PLUMA INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE PLUMA, INSULINA GLARGINA-YFGN PLUMA	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMPREX-D CÁPSULAS	-	EXC	TOS/RESFRIO/ALERGIA
SENSIPAR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SEPHIENCE POLVO	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SEREVENT INHALADOR DISKUS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SERNIVO SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SEROQUEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
SEROQUEL XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS
SERTRALINA CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
sertralina concentrada (equiv. ZOLOFT)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
sertralina clorhidrato cápsulas	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
sertralina comprimidos (equiv. ZOLOFT)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
CARBONATO DE SEVELAMER COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sevelamer hidrocloreuro comprimidos (equiv. RENAGEL)	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sevelamer polvo en paquete (equiv. RENVELA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sevelamer comprimidos (equiv. RENVELA comprimidos)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SEVENFACT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
SEYSARA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
SFROWASA ENEMA	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SHINGRIX INYECTABLE (Cubierto para miembros de 19 años en adelante)	VAC	1	VACUNAS
SIGNIFOR INYECTABLE (QL= 2 viales/día; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007)	LD-PA-QL	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SIKLOS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
SILALITE PAQUETE MIS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SILATRIX GEL	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
sildenafil suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
sildenafil comprimidos (equiv. VIAGRA)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
sildenafil comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO)	PA	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
SILIPAC KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SILIQ INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
silodosina cápsulas (equiv. RAPAFLO)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
SILVADENE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfadiazina de plata crema (equiv. SILVADENE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
SILVERA TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SIMBRINZA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
SIMCOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI ARIA INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI AUTOINYECTOR 100 MG (QL=1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI AUTOINYECTOR 50 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI INYECTABLE 100 MG (QL=1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI INYECTABLE 50 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
simvastatina comprimidos (equiv. ZOCOR) (80 mg no está cubierto)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
simvastatina comprimidos 80 mg (equiv. ZOCOR) (esta concentración no está incluida en la cobertura)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
SINEMET CR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
SINEMET COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
SINGULAIR COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SINGULAIR PAQUETE GRANULADO	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SINGULAIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
sirolimús solución (equiv. RAPAMUNE)	-	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
sirolimús comprimidos (equiv. RAPAMUNE)	-	5	CLASES SURTIDAS
SIRTURO COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas)	MSP-QL-RS	5	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
SITAGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SITAVIG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SITZMARKS CÁPSULAS	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
SIVEXTRO COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	QL-RS	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
SKELAXIN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SKLICE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SKYCLARYS CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
SKYLA DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML (QL= 1 iny./84 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2ML (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SKYTROFA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SLYND COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
smz/tmp (DS) comprimidos (equiv. BACTRIM DS)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
smz/tmp suspensión (equiv. BACTRIM, SEPTRA)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
SOAANZ COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
SODIO CLORURO INYECTABLE	M	6	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de sodio 0.9% solución para irr.	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
cloruro de sodio inyectable	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de sodio solución para nebulizar (equiv. HYPER-SAL)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
citrato de sodio/ácido cítrico solución (equiv. BICITRA)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
sodio fluoruro crema (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con copago de medicamento genérico)	-	1	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluoruro de sodio gel (equiv. PREVIDENT)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluoruro de sodio pasta (equiv. PREVIDENT)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
flúoruro de sodio enjuague (equiv. PREVIDENT)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
sodio flúoruro solución (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
SODIO FLUORURO COMPRIMIDOS (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
sodio flúoruro comprimidos (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
SODIO YODURO I-131 SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
SODIO OXIBATO SOLUCIÓN (QL = 540 ml/30 días; únicamente disponible a través de Xyrem Certified Pharmacy 1-866-997-3688)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
fenilbutirato de sodio polvo (equiv. BUPHENYL)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
fenilbutirato de sodio comprimidos (equiv. BUPHENYL)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
poliestireno de sodio polvo (equiv. KAYEXALATE)	-	3	CLASES SURTIDAS
poliestireno de sodio suspensión (equiv. SPS)	-	2	CLASES SURTIDAS
sulfacetamida sódica gel (equiv. OVACE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio loción (equiv. KLARON)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio shampoo (equiv. OVACE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio enjuague (equiv. OVACE ENJUAGUE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida sódica/azufre limpiador 10-5% (equiv. SUMAXIN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida sódica/azufre limpiador 9-4.5% (equiv. SUMADAN WASH)	-	3	DERMATOLÓGICOS
SULFACETAMIDA SÓDICA/AZUFRE CREMA 10-2%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre emulsión (equiv. ROSAC ENJUAGUE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre emulsión (equiv. ROSULA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
SULFACETAMIDA DE SODIO/AZUFRE EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida sódica/azufre emulsión 10-1% (equiv. ROSAC WASH)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre espuma (equiv. CLARIFOAM EF)	-	4	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre gel (equiv. ROSULA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre loción (equiv. SULFACET R)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre toallitas (equiv. PLEXION TOALLITAS DE LIMPIEZA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre suspensión (equiv. SUMAXIN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
SULFACETAMIDA DE SODIO/SUSPENSIÓN DE AZUFRE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/azufre enjuague (equiv. SUMAXIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida de sodio/filtro solar kit (equiv. SUMADEN XLT)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sodio/magnesio/potasio solución (equiv. SUPREP) (\$0 copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
SOFDRA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	3	ANTIVIRALES
SOGROYA INYECTABLE	MSP-PA	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SOHONOS CÁPSULAS 1.5 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOHONOS CÁPSULAS 10 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOHONOS CÁPSULAS 1 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOHONOS CÁPSULAS 2.5 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOHONOS CÁPSULAS 5 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOLAICE PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SOLARAVIX PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
solifenacina comprimidos (equiv. VESICARE)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
SOLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SOLODYN COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
SOLOSEC PAQUETE GRANULADO (QL= 1 paquete/reposición)	PA-QL	4	AMEBICIDAS
SOLU-CORTEF INYECTABLE (QL= 1 vial/reposición)	QL	3	CORTICOSTEROIDES
SOLU-CORTEF INYECTABLE 100 MG (QL= 2 viales/reposición)	QL	3	CORTICOSTEROIDES
SOLU-MEDROL INYECTABLE	-	NC	CORTICOSTEROIDES
SOLU-MEDROL INYECTABLE 2 GM	-	3	CORTICOSTEROIDES
SOLU-MEDROL PF INYECTABLE	-	NC	CORTICOSTEROIDES
SOMA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOMA COMPRIMIDOS 250 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
SOMAVERT INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SOOLANTRA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sorafenib tosilato comprimidos (equiv. NEXAVAR)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SORIATANE CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sotalol AF comprimidos (equiv. BETAPACE AF)	-	2	BETA BLOQUEADORES
sotalol comprimidos (equiv. BETAPACE)	-	2	BETA BLOQUEADORES
SOTYKTU COMPRIMIDOS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SOTYLIZE SOLUCIÓN	-	NC	BETA BLOQUEADORES
SOTYLIZE SOLUCIÓN 5 MG/ML	-	NC	BETA BLOQUEADORES
SOVALDI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC	ANTIVIRALES
SOVALDI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SOVUNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
SPECTRACEF COMPRIMIDOS	-	4	CEFALOSPORINAS
SPEVIGO INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SPIKEVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
SPIKEVAX INYECTABLE 50 MCG/0.5ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
SPINOSAD SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
SPIRIVA HANDIHALER (Para uso con el dispositivo Handihaler)	PA	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 1.25 MCG/ACT (QL= 1 inhalador/30 días; la terapia escalonada requiere una prueba de ADVAIR [FLUTICASONA/SALMETEROL], BREO [FLUTICASONA/VILANTEROL], DULERA [MOMETASONA/FORMOTEROL] o SYMBICORT [BUDESONIDA/FORMOTEROL])	QL-ST	3	ANTI ASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 2.5 MCG/ACTUACIÓN	PA	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
espironolactona suspensión (equiv. CAROSPIR)	-	NC	DIURÉTICOS
espironolactona comprimidos (equiv. ALDACTONE)	-	2	DIURÉTICOS
espironolactona/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ALDACTAZIDE)	-	2	DIURÉTICOS
SPORANOX CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
SPORANOX SOLUCIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
sprintec 28 comprimidos (equiv. ORTHO-CYCLEN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
SPRITAM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
SPRIX SPRAY NASAL	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SPRYCEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SPS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS
			LD Distribución limitada
			OTC De venta libre
			RS Restricción a especialistas
			ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
SSKI SOLUCIÓN ORAL	-	4	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
STALEVO COMPRIMIDOS	-	4	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
STAVUDINE CÁPSULAS	-	2	ANTIVIRALES
estavudina cápsulas (equiv. ZERIT)	-	2	ANTIVIRALES
STAVZOR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
STEGLATRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
STEGLUJAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
STELARA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
STENDRA COMPRIMIDOS	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
STEQEYMA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
STEQEYMA INYECTABLE 90 MG	-	NC	DERMATOLÓGICOS
STIMATE SOLUCIÓN NASAL	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
STIMUFEND INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
STIOLTO INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
STIVARGA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
STRATTERA CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
STRENSIQ INY (Únicamente disponible a través de PantherRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
STRIANT PELÍCULA	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
STRIBILD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
STRIVERDI RESPIMAT INHALADOR (QL= 1 inhalador/30 días)	QL	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
STROMEKTOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHelmínticos
STROVITE COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMINAS
SUBLOCADE SOLUCIÓN, BRIXADI SOLUCIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SUBOXONE PELÍCULA SL	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SUBSYS SPRAY	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SUCRAID SOLUCIÓN	-	NC	AYUDA DIGESTIVA
sucrafato suspensión (equiv. CARAFATE)	-	3	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
sucrafato comprimidos (equiv. CARAFATE)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
SUFLAVE SOLUCIÓN (QL= 2 reposiciones/año calendario)	QL	3	LAXANTES
SULAR COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
SULFACETAMIDA SÓDICA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamida sódica solución oftálmica (equiv. BLEPH-10)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamida sódica/prednisolona solución oftálmica (equiv. VASOCIDIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamida sódica/azufre crema 10-2% (equiv. AVAR-E LS)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfato de sodio/azufre crema 10-5% (equiv. PLEXION SCT)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida sódica/azufre crema 9.8-4.8% (equiv. PLEXION)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SULFACETAMIDA/PREDNISOLONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfadiazina comprimidos	-	4	SULFONAMIDAS
SULFAMYLON CREMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
SULFAMYLON PACK	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
sulfasalazina EC comprimidos (equiv. AZULFIDINE)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sulfasalazina comprimidos (equiv. AZULFIDINE)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sulindac comprimidos (equiv. CLINORIL)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SUMADAN LIMPIADOR 9-4.5%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SUMADEN XLT KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SUMANSETRON PAK	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMATRIPTÁN INYECTABLE (QL = 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMATRIPTÁN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán spray nasal (equiv. IMITREX, SUMATRIPTÁN) (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán comprimidos (equiv. IMITREX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	2	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán vial inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 5 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán/naproxeno comprimidos (equiv. TREXIMET)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMAVEL DOSEPRO INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMAXIN LIMPIADOR	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sunitinib malato cápsulas (equiv. SUTENT) (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SUNLENCA INYECTABLE	-	NC	ANTIVIRALES
SUNLENCA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SUNLENCA COMPRIMIDOS 300 MG	-	NC	ANTIVIRALES
SUNOSI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
SUPRAX CÁPSULAS	-	4	CEFALOSPORINAS
SUPRAX CÁPSULAS	-	NC	CEFALOSPORINAS
SUPRAX COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4	CEFALOSPORINAS
SUPRAX SUSPENSIÓN	-	NC	CEFALOSPORINAS
SUPRAX SUSPENSIÓN 500 MG/5 ML	-	4	CEFALOSPORINAS
SUPREP PAQUETE DE PREPARACIÓN INTESTINAL	-	NC	LAXANTES
SURMONTIL CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
SUSTIVA CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
SUSTIVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SUSTOL INYECTABLE	-	NC	ANTIEMÉTICOS
SUTAB COMPRIMIDOS	-	NC	LAXANTES
SUTENT CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SYLATRON INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SYMAY DUOTAB	-	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
SYMBICORT INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
SYMBRAVO COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SYMBYAX CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
SYMDEKO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
SYMFI (LO) COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SYMLINPEN INYECTABLE	-	5	ANTIIDIABÉTICOS
SYMPAZAN PELÍCULA ORAL	-	NC	ANTICONVULSIVOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
SYMPROIC COMPRIMIDOS	PA	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SYMTUZA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SYNAGIS INYECTABLE (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Lumicera 855-847-3553, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	1	AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS
SYNAREL SOLUCIÓN NASAL	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SYNDROS SOLUCIÓN	-	NC	ANTIEMÉTICOS
SYNERA PARCHES	-	4	DERMATOLÓGICOS
SYNJARDY COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SYNTHROID COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES TIROIDEOS
SYNVEXIA TC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SYPRINE CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
TABLOID COMPRIMIDOS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TABRECTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TACLONEX POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
tacrolímús cápsulas (equiv. PROGRAF)	-	2	CLASES SURTIDAS
tacrolímús pomada (equiv. PROTOPIC POMADA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
tadalafil comprimidos (equiv. CIALIS)	-	EX C	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
tadalafil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA)	PA	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
tadalafil comprimidos 2.5 mg, 5 mg (equiv. CIALIS) (QL= 1 comprimido/día; la Terapia escalonada requiere prueba de doxazosina comprimidos, prazosina cápsulas, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas, finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodosina cápsulas, o tamsulosina cápsulas	QL-ST	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TADLIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TAFINLAR CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TAFINLAR COMPRIMIDOS	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
tafluprost solución oftálmica sin conservantes (equiv. ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA) (QL= 1 vial/día)	PA-QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TAGAMET COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
TAGRISSO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TAKHZYRO INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TAKHZYRO INYECTABLE 150 MG/ML (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TALICIA CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ ANTICOLINÉRGICOS
TALTZ INY. (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
TALZENNA CÁPSULAS 0.1 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses		
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
TALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TALZENNA CÁPSULAS 0.35 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TAMIFLU CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
TAMIFLU CÁPSULAS 30 MG	-	NC	ANTIVIRALES
tamoxifeno comprimidos (equiv. NOLVADEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos mayores de 35 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
tamsulosina cápsulas (equiv. FLOMAX)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
TANZEUM INYECTABLE	-	NC	ANTIABIÓTICOS
TAPAZOLE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
TARCEVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TARGRETIN CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TARGRETIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TARKA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TARPEYO CÁPSULAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
TASCENSO ODT COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TASIGNA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
tasimelteon cápsulas (equiv. HETLIOZ)	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
TASMAR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
TASOPROL KIT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
tavaborol solución (equiv. KERYDIN) (QL= 10 ml/30 días; se requiere Terapia escalonada prueba de ciclopirox solución para uñas y terbinafina comprimidos)	QL-ST	3	DERMATOLÓGICOS
TAVALISSE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TAVNEOS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TAYTULLA CÁPSULAS	-	4	ANTICONCEPTIVOS
tazaroteno crema 0.05% (equiv. TAZORAC)	-	4	DERMATOLÓGICOS
tazaroteno crema 0.1% (equiv. TAZORAC)	-	3	DERMATOLÓGICOS
tazaroteno gel (equiv. TAZORAC)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TAZORAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TAZORAC GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TAZVERIK COMPRIMIDOS (QL= 8 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TECFIDERA CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TECFIDERA PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TEGRETOL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TEKTRUNA HCT COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERTENSIVOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
TEKURNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
telmisartán comprimidos (equiv. MICARDIS)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
telmisartán/amlodipina comprimidos (equiv. TWYNSTA)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
TELMISARTÁN/AMLODIPINO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
telmisartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MICARDIS HCT)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
temazepam cápsulas 15 mg (equiv. RESTORIL)	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam cápsulas 22.5 mg (equiv. RESTORIL)	-	4	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam cápsulas 30 mg (equiv. RESTORIL)	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam cápsulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL)	-	4	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
TEMODAR CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TEMOVATE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TEMOVATE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
temozolomida cápsulas (equiv. TEMODAR)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TEMPO SMART BUTTON (QL= 1 botón/8 meses)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
tenofovir disoproxilo fumarato comprimidos (equiv. VIREAD)	-	2	ANTIVIRALES
TENORETIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TENORMIN COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
TEPMETKO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TERAZOL CREMA	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
terazosina cápsulas (equiv. HYTRIN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
terbinafina comprimidos (equiv. LAMISIL)	-	2	ANTIFÚNGICOS
terbutalina sulfato comprimidos (equiv. BRETHINE)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
terconazol crema (equiv. TERAZOL)	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
TERCONAZOL CREMA 0.8 %	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
terconazol supositorios (equiv. TERAZOL)	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
teriflunomida comprimidos (equiv. AUBAGIO COMPRIMIDOS)	MSP	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
teriparatida (recombinante) solución en pluma inyectable 600 mcg/2.4 ml (equiv. FORTEO)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TERIPARATIDA INYECTABLE 560 MCG/2.24 ML	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TESSALON CÁPSULAS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TIRAS REACTIVAS (todas las demás tiras reactivas)	OTC	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
cipionato de testosterona inyectable (equiv. DEPO-TESTOSTERONE)	-	2	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA ENANTATO INYECTABLE 200 MG/ML (QL = 5 ml/reposición)	QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL 1% 25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1% 25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1% 50 MG (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel con bomba 1 % (equiv. VOGELXO GEL, ANDROGEL) (QL = 4 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1.62 % 1.25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1.62 % 2.5 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
TESTOSTERONA GEL 10MG/ACT	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 2% (equiv. FORTESTA)	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1 % (QL= 4 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel con bomba 1.62 % (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL, VOGELXO GEL	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona solución (equiv. AXIRON) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TÉTANOS/TOXOIDE DIFTÉRICO INYECTABLES	VAC	1	TOXOIDES
tetrabenazina comprimidos (equiv. XENAZINE)	MSP-PA	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
tetraciclina cápsulas	-	4	TETRACICLINAS
TETRACICLINA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
TEXACORT SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TEZRULY SOLUCIÓN	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TEZSPIRE INYECTABLE (QL= 1 pluma/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
THALITONE COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
THALOMID CÁPSULAS	MSP-PA	5	CLASES SURTIDAS
THEO-24 CÁPSULAS	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
teofilina ER comprimidos (equiv. UNIPHYL)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
teofilina solución	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
TEOFILINA COMPRIMIDOS ER	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
teofilina comprimidos ER (equiv. THEOPHYLLINE ER)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
THIOLA EC COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
THIOLA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tioridazina clorhidrato comprimidos (equiv. THIORIDAZINE)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANÍACOS
tiotixeno cápsulas (equiv. NAVANE)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANÍACOS
THYQUIDITY SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
THYROLAR COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES TIROIDEOS
tiagabina comprimidos (equiv. GABITRIL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
TIAZAC CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
TIBSOVO COMPRIMIDOS (QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ticagrelor comprimidos (equiv. BRILINTA)	-	3	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TICANASE PAK	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
TICOVAC INYECTABLE	VAC	EX C	VACUNAS
TIGAN CÁPSULAS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
TIGLUTIK SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
TIKOSYN CÁPSULAS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
timolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.5% (equiv. TIMOPTIC)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato gel oftálmico (equiv. TIMOPTIC-XE)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato solución oftálmica (equiv. TIMOPTIC)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato solución oftálmica 0.5 % (equiv. ISTALOL)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Exclusión del plan	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
timolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.25% (equiv. TIMOPTIC)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato comprimidos (equiv. BLOCADREN)	-	2	BETA BLOQUEADORES
timolol solución oftálmica (equiv. BETIMOL)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC-XE GEL OFTÁLMICO	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TINDAMAX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
tinidazol comprimidos (equiv. TINDAMAX)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
tiopronina comprimidos (equiv. THIOLA)	MSP-PA	5	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tiopronina comprimidos de liberación retardada (equiv. THIOLA EC)	MSP-PA	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tiotropio bromuro cápsulas para inhalador (equiv. SPIRIVA) (Para usar con dispositivo Handihaler)	PA	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
TIROSINT CÁPSULAS	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
TIROSINT-SOL	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
TIVICAY PD COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
TIVICAY COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
tizanidina cápsulas (equiv. ZANAFLEX)	-	3	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
TIZANIDINA COMFORT KIT	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
tizanidina comprimidos (equiv. ZANAFLEX)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
TOBI PODHALER (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	AMINOGLUCÓSIDOS
TOBRADEX POMADA OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
tobramicina solución para nebulizar (equiv. TOBI) (Restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas o Neumología)	MSP-RS	2	AMINOGLUCÓSIDOS
tobramicina solución para nebulizar (equiv. BETHKIS)	-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
tobramicina solución oftálmica (equiv. TOBREX)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
tobramicina/dexametasona solución oftálmica (equiv. TOBRADEX)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBREX POMADA OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBREX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TODAY ESPONJA	OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
TOFRANIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
TOLAZAMIDA COMPRIMIDOS	-	2	ANTIDIABÉTICOS
TOLBUTAMIDE COMPRIMIDOS	-	3	ANTIDIABÉTICOS
tolcapona comprimidos (equiv. TASMAR)	-	4	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
TOLECTIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TOLMETIN CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TOLMETIN COMPRIMIDOS, TOLECTIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TOLSURA CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
tolterodina SR cápsulas (equiv. DETROL LA)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
tolterodina comprimidos (equiv. DETROL)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
TOLVAPTAN COMPRIMIDOS	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
tolvaptán comprimidos (equiv. SAMSCA)	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
tolvaptán paquete de terapia en comprimidos (equiv. JYNARQUE) (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TOPAMAX CÁPSULAS DISPERSABLES	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TOPICORT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOPICORT CREMA 0.05%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOPICORT GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOPICORT POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOPICORT POMADA 0.05%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
topiramato ER cápsulas (equiv. QUDEXY)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
topiramato cápsulas ER (equiv. TROKENDI XR)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
topiramato solución oral (equiv. EPRONTIA) (Se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años)	PA	4	ANTICONVULSIVOS
topiramato cápsulas dispersables (equiv. TOPAMAX)	-	2	ANTICONVULSIVOS
topiramato comprimidos (equiv. TOPAMAX)	-	2	ANTICONVULSIVOS
TOPROL XL COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
toremifeno comprimidos (equiv. FARESTON)	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
torsemida comprimidos (equiv. DEMADEx)	-	2	DIURÉTICOS
torsemida comprimidos 20 mg (equiv. SOAANZ)	-	2	DIURÉTICOS
TOSYMRA SOLUCIÓN	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
TOUJEO MAX SOLOSTAR INY.	-	3	ANTIDIABÉTICOS
TOUJEO SOLOSTAR INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
TOUJEO SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
TOVET KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOVIAZ COMPRIMIDOS	-	4	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
TRACLEER COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TRACLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TRADJENTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
TRAMADOL KIT COMPUESTO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TRAMADOL ER CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
tramadol ER comprimidos (equiv. ULTRAM ER) (La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
TRAMADOL HCL ER COMPRIMIDOS (La terapia escalonada requiere pasar por opioides IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
TRAMADOL HCL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
tramadol hcl comprimidos 100 mg	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
tramadol comprimidos (equiv. ULTRAM)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
tramadol/acetaminofeno comprimidos (equiv. ULTRACET)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
trandolapril comprimidos (equiv. MAVIK)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
TRANDOLAPRIL/VERAPAMIL ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ácido tranexámico inyectable (equiv. CYKLOKAPRON)	-	NC	HEMOSTÁTICOS
ácido tranexámico comprimidos (equiv. LYSTEDA)	-	3	HEMOSTÁTICOS
TRANSDERM-SCOP PARCHES	-	NC	ANTIEMÉTICOS
TRANXENE-T COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
tranilcipromina comprimidos (equiv. PARNATE)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
TRAVATAN Z GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
travoprost solución oftálmica (equiv. TRAVATAN Z) (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
trazodona comprimidos (equiv. DESYREL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL)	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
TREANDA INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TRECATOR COMPRIMIDOS (Restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas)	RS	4	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
TRELEGY ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
TREMFYA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TREMFYA INYECTABLE 200 MG/2 ML	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
TREMFYA PAQUETE DE INDUCCIÓN INYECTABLE PARA CROHN	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
TRESIBA FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
TRESIBA INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
tretinoína cápsulas (equiv. VESANOID)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS
tretinoína crema (solo para acné; requiere autorización previa para miembros mayores de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
tretinoína gel (solo para acné; requiere autorización previa para miembros mayores de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
tretinoína gel (equiv. RETIN-A GEL) (solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
tretinoína gel 0.08% (equiv. RETIN-A MICRO) (solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETIN-X CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TRETEN INYECTABLE	-	EX C	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TREXALL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TREXIMET COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
TREXIX CÁPSULAS, ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIHDROCODEÍNA CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
triamcinolona acetato inyectable (equiv. KENALOG)	-	2	CORTICOSTEROIDES
triamcinolona acetónido pomada (equiv. TRIANEX)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
triamcinolona crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
triamcinolona en pasta orabase (equiv. KENALOG/ORABASE)	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
triamcinolona loción	-	2	DERMATOLÓGICOS
triamcinolona pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
triamcinolona OTC spray nasal (equiv. NASACORT) (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
TRIAMCINOLONA SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
triamcinolona spray (equiv. KENALOG)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
triamtereno cápsulas (equiv. DYRENIUM)	-	3	DIURÉTICOS
triamtereno/hidroclorotiazida cápsulas (equiv. DYZIDE)	-	2	DIURÉTICOS
triamtereno/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MAXZIDE)	-	2	DIURÉTICOS
TRIAMVEX KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TRIANEX POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
triazolam comprimidos (equiv. HALCION)	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
TRIBENZOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIAGNÓSTICO)	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN	-	NC	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC
TRICHOSOL SOLUCIÓN	-	NC	COADYUVANTES FARMACÉUTICOS
tricitratos solución (equiv. POLYCITRA-LC)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tricon cápsulas (equiv. TRINSICON)	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
TRICOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
trientina cápsulas (equiv. SYPRINE)	MSP-PA	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
TRIENTINA CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
trifluoperazina comprimidos (equiv. STELAZINE)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIACOS
TRIFLURIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TRIGLIDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
trihexifenidilo elixir (equiv. ARTANE)	-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
TRIHEXIFENIDILO SOLUCIÓN	-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
trihexifenidilo comprimidos (equiv. ARTANE)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
TRIKAFTA COMPRIMIDOS (QL= 84 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Walgreens) 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
tri-legest comprimidos (equiv. ESTROSTEP FE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
TRILEPTAL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TRILIPIX CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
TRIOLOCICLO KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TRI-LUMA CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
trimetobenzamida cápsulas (equiv. TIGAN)	-	2	ANTIEMÉTICOS
TRIMETOPRIMA COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
trimetoprima comprimidos (equiv. PROLOPRIM)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
trimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
TRI-NORINYL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
TRINELLIX COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL-¢	4	ANTIDEPRESIVOS
TRIONEX PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
tri-sprintec comprimidos (equiv. ORTHO TRI-CYCLEN [LO])	-	1	ANTICONCEPTIVOS
TRIUMEQ PD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
TRIUMEQ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
TRI-VITAMINA FLÚOR GOTAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
TRIZIVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
TROKENDI XR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
tropicamida solución oftálmica (equiv. MYDRIACYL)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
TROPICAMIDA/CICLOPENTOLATO/KETOROLACO/SOLUCIÓN OFTÁLMICA FACOEMULSIFICACIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
trospro cloruro SR cápsulas (equiv. SANCTURA XR)	-	3	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
trospro comprimidos (equiv. SANCTURA)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
TRUDHESA SPRAY NASAL	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
TRULANCE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
TRULICITY INY. (QL= 4 plumas/28 días)	PA-QL	3	ANTIIDIABÉTICOS
TRUMENBA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
TRUQAP COMPRIMIDOS (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TRYNGOLZA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TRYPTYR SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TRYVIO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TUDORZA PRESSAIR INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
TUKYSA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TURALIO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TUSSICAPS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
tussigon comprimidos (equiv. HYCODAN)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TUXARIN ER COMPRIMIDOS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TUZISTRA XR SUSPENSIÓN	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TWIIST KIT DE RECARGA	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
TWIIST KIT DE INICIO	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
TWINRIX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
TWIRLA PARCHES	-	1	ANTICONCEPTIVOS
TWYNEO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TWYNSTA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TYBLUME COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
TYBOST COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
TYENNE INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TYKERB COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TYLENOL/CODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
TYMLOS INYECTABLE	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TYPHIM VI INYECTABLE	VAC	EX C	VACUNAS
TYRVAYA SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TYSABRI INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TYVASO DPI POLVO	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO DPI KIT DE MANTENIMIENTO EN POLVO 32-48 MCG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32-48 MCG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32 MCG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO SOLUCIÓN INHALABLE 0.6 MG/ML (QL= 1 ampolla/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
UBRELVY COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
UCERIS ESPUMA RECTAL	PA	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
UCERIS COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
UDENYCA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ULORIC COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ULTRACET COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ULTRAM COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ULTRAVATE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE PAC KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UMECLIDINIO/VILANTEROL INHALADOR 62.5-25 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
UMECTA EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UMECTA SUSPENSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UPNEEQ SOLUCIÓN	-	EXC	AGENTES OFTÁLMICOS
UPTRAVI INYECTABLE	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
UPTRAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
URAMAXIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
URAMAXIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
urea crema	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UREA EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
urea gel (equiv. URAMAXIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UREA KIT PARA UÑAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UREA SUSPENSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
urea suspensión 40% (equiv. UMECTA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
URECHOLINE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
URELIEF PLUS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
UROCIT-K COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
UROXATRAL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
URSO FORTE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ursodiol cápsulas (equiv. ACTIGALL)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
URSODIOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ursodiol comprimidos (equiv. URSO (FORTE))	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
USTEKINUMAB INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML	-	NC	DERMATOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UTA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
UTIBRON NEOHALER CÁPSULAS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
VABOMERE INYECTABLE	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VAFSEO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
VAGIFEM COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
valaciclovir comprimidos (equiv. VALTREX)	-	2	ANTIVIRALES
VALCHLOR GEL (QL= 4 tubos/30 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
VALCYTE SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
VALCYTE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
valganciclovir solución (equiv. VALCYTE)	-	3	ANTIVIRALES
valganciclovir comprimidos (equiv. VALCYTE)	-	3	ANTIVIRALES

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
VALIUM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
valproato inyectable (equiv. DEPACON)	-	NC	ANTICONSULSIVOS
ácido valproico cápsulas (equiv. DEPAKENE)	-	2	ANTICONSULSIVOS
ácido valproico jarabe (equiv. DEPAKENE)	-	2	ANTICONSULSIVOS
valsartán solución oral (equiv. VALSARTÁN)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
valsartán comprimidos (equiv. DIOVAN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. DIOVAN HCT)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
VALTOCO SPRAY NASAL (QL= 5 dosis/reposición)	QL	4	ANTICONSULSIVOS
VALTRES COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VANOCIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
vancomicina cápsulas (equiv. VANOCIN) (QL= 56 cápsulas/reposición)	QL	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
vancomicina clorhidrato solución (equiv. VANCOMICINA)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VANCOMICINA SOLUCIÓN ORAL	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VANCOMICINA SOLUCIÓN	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VANCOMICINA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
VANDAZOLE GEL	-	2	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
VANFLYA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VANFLYA COMPRIMIDOS 26.5 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VANIQA CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
VANOS CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VANRAFIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
vardeafilo ODT (equiv. STAXYN)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
vardeafilo comprimidos (equiv. LEVITRA)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VARENICLINA COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
vareniclina tartrato comprimidos (equiv. VARENICLINA) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
vareniclina tartrato paquete de inicio comprimidos (equiv. VARENICLINE PAK) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
VARIVAX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
VAROPHEN KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VARUBI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; Restringido a especialista en Oncología o Hematología)	QL-RS	3	ANTIEMÉTICOS
VASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	QL	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
VASERETIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
vasolex pomada (equiv. XENADERM)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VASOTEC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
VAXCHORA SUSPENSIÓN	VAC	EXC	VACUNAS
VAXELIS INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
VAXNEUVANCE INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
V-C FORTE CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMINAS
v-c forte cápsulas (equiv. V-C FORTE)	-	NC	MULTIVITAMINAS
VECAMEYL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
VECTICAL POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VELIVET PAK	-	1	ANTICONCEPTIVOS
VELPHORO COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC = No cubierto, revisor externo		
M = Exclusión del plan	INF = Infertilidad	LD = Distribución limitada
PA = Beneficio médico	MSP = Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC = De venta libre
SF = Autorización previa	QL = Límite de cantidad	RS = Restricción a especialistas
VAC = Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG = Abandono del tabaquismo	ST = Terapia escalonada
VELPHORO = Programa de vacunación	¢ = RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
VELSIPITY COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
VELTASSA POLVO (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3	CLASES SURTIDAS
VELTASSA POLVO 1 GM (QL= 4 paquetes/día)	PA-QL	3	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
VEMLIDY COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO (Únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VENCLEXTA COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
VENLAFAXINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
VENNGEL ONE KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VENTAVIS SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VENTOLIN HFA INHALADOR (QL= 2 inhaladores/30 días)	QL	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
VEOZAH COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
VERAPAMILO ER CÁPSULAS	-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
VERAPAMILO ER CÁPSULAS, VERELAN CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
verapamilo SR cápsulas (equiv. VERELAN)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
verapamilo SR comprimidos (equiv. CALAN SR, ISOPTIN SR)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
verapamilo comprimidos (equiv. CALAN)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
VERDESO ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VERDROCET COMPRIMIDOS DE 2.5 MG A 325 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
VEREGEN POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VERELAN CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
VERQUVO COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; Restringido a especialista en Cardiología)	QL-RS	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VERSACLOZ SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
VERZENIO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VESICARE LS SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
VESICARE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
VFEND SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
VFEND COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
V-GO KIT INYECTABLE (QL= 1 kit/día)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
VIBERZI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
VIBRAMICINA CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
VIBRAMICINA SUSPENSIÓN	-	NC	TETRACICLINAS
VIBRAMICINA JARABE	-	4	TETRACICLINAS
VICOPROFENO COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
VICTOZA INYECTABLE (QL= 9ml/30 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
VIDEX EC CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
VIDEX SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
vigabatrina polvo en paquete (equiv. SABRIL POLVO)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
vigabatrina comprimidos (equiv. SABRIL)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
vigadrone polvo en paquete	-	NC	ANTICONVULSIVOS
VIGAFYDE SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
VIIBRYD KIT DE INICIO	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
VIJOICE PAQUETE GRANULADO (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
VIJOICE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
vilazodona clorhidrato comprimidos (equiv. VIIBRYD)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
VIMKUNYA INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
VIMOVO COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
VIMPAT SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
violele comprimidos, kariva comprimidos (equiv. MIRCETTE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
VIRACEPT COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
VIRAMUNE SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
VIRAMUNE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VIRAMUNE XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VIREAD COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
VIREAD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VISTARIL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
VISTOGARD PAK	-	NC	ANTÍDOTOS
VITAFOL TIRAS	-	4	MULTIVITAMINAS
vitamina D cápsulas (Únicamente cubierto con receta)	-	2	VITAMINAS
vitamina D cápsulas 1000 unidades	OTC	NC	VITAMINAS
vitamina D cápsulas 400 unidades	OTC	NC	VITAMINAS
VITAMINA D COMPRIMIDOS 400 UNIDADES	OTC	NC	VITAMINAS
VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VITRAKVI SOLUCIÓN (QL= 10 ml/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VIVELLE-DOT, MINIVELLE PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS
VIVITROL INYECTABLE	MSP	5	ANTÍDOTOS
VIVJOA CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
VIVLODEX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
VIVOTIF CÁPSULAS	VAC	EXC	VACUNAS
VIZIMPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VIZZ SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
VOCABRIA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VOGELXO GEL CON BOMBA 1%	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
VOLTAREN GEL	OTC	EXC	DERMATOLÓGICOS
VONJO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VONVENDI INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
VOPAC 5 CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VOPAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VOPAC GB CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
VOQUEZNA DUAL PAK	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
VOQUEZNA COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
VOQUEZNA TRIP PAK	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
VORANIGO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VORANIGO COMPRIMIDOS 10 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
voriconazol suspensión (equiv. VFEND)	-	4	ANTIFÚNGICOS
voriconazol comprimidos (equiv. VFEND)	-	3	ANTIFÚNGICOS
VOSEVI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VOTRIENT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VOWST CÁPSULAS (QL= 12 cápsulas/reposición; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
VOXZOGO INYECTABLE (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376)	LD-PA-QL	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
VOYDEYA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
VOYDEYA PAQUETE DE TERAPIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
VP-PNV-DHA CÁPSULAS	-	2	MULTIVITAMINAS
VRAYLAR CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
VRAYLAR PACK	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
VSL #3 CÁPSULAS	-	NC	ANTIDIARREICOS
VTAMA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VTOL SOLUCIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
VUMERITY CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
VYALEV INYECTABLE	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
VYKAT XR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
VYNDAMAX CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VYNDAQEL CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VYTON CREMA 1.9-1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VYTORIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
VYTORIN COMPRIMIDOS 10-80 MG	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
VYVANSE CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
VYVANSE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
VYVGART HYTRULO INYECTABLE	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
VYZULTA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
WAINUA INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
WAKIX COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
warfarina comprimidos (equiv. COUMADIN)	-	2	ANTICOAGULANTES
WAYRILZ COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
WEGOVY INYECTABLE	-	EXC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
WEGOVY INYECTABLE 1.7 MG/0.75 ML	-	EXC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
WEGOVY INYECTABLE 2.4 MG/0.75 ML	-	EXC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
WELCHOL PAQUETE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
WELCHOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
WELIREG COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
WELLBUTRIN SR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
WESTCORT POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WEZLANA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WEZLANA JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WILATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
WINLEVI CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WINREVAIR INYECTABLE	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
GELES PARA VENDAJE DE HERIDAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WPR PLUS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
wymzya FE comprimidos (equiv. FEMCON FE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
WYNZORA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XACIATO GEL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
XADAGO COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
XALATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XALIX SOL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XALKORI CÁPSULAS (QL = 2 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XANAX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
XANAX XR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
XAQUIL XR COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
XARELTO PAQUETE DE INICIO	-	3	ANTICOAGULANTES
XARELTO SUSPENSIÓN	-	3	ANTICOAGULANTES
XARELTO COMPRIMIDOS	-	3	ANTICOAGULANTES
XCOPRI PAK 100-150 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAK 150-200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAK 50-200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI COMPRIMIDOS 150 MG, 200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI COMPRIMIDOS 25 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI COMPRIMIDOS 50 MG, 100 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 12.5-25 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 150-200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 50-100 MG	-	NC	ANTICONSULSIVOS
XDEMY GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XELJANZ SOLUCIÓN (QL= 10 ml/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
XELJANZ COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
XELJANZ COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
XELPROS EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XELSTRYM PARCHES	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
XEMBIFY INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
XENADERM POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XENAZINE COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
XENICAL CÁPSULAS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
XENLETA COMPRIMIDOS (QL= 14 comprimidos/180 días; restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas)	QL-RS	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
XEPI CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XERESE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XERMELO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
XGEVA INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
XHANCE INHALADOR NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
XIFAXAN COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 9 comprimidos/3 días)	QL	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 MG (QL = 60 comprimidos/30 días)	QL	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
XIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 2.5-1000 mg, 5-1000 mg (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 mg, 10-500 mg, 10-1000 mg (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIIDRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XODOL COMPRIMIDOS 10 MG-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
XODOL COMPRIMIDOS 5 MG-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
XODOL COMPRIMIDOS 7.5 MG-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
XOFLUZA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/reposición)	QL	4	ANTIVIRALES
XOLAIR INYECTABLE	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
XOLAIR INYECTABLE 150 MG/ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
XOLAIR INYECTABLE 300 MG/2 ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
XOLAIR JERINGA	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
XOLAIR JERINGA 150 MG/ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
XOLAIR JERINGA 300 MG/2 ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
XOLEGEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XOLREMDI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
XOPENEX SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
XOSPATA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XPHOZAH COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
XPOVIO PAK (QL= 32 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XROMI SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
XRYLIX PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XTAMPZA ER CÁPSULAS (QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
XTANDI CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XTANDI COMPRIMIDOS 40 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XTANDI COMPRIMIDOS 80 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XULTOPHY INYECTABLE (QL= 15ml/30 días)	PA-QL	3	ANTIABIÓTICOS
XURIDEN POLVO	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
XYNTHA INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
XYOSTED INYECTABLE	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
XYREM SOLUCIÓN	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
XYWAV SOLUCIÓN	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
XYZAL SOLUCIÓN	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
XYZAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIISTAMÍNICOS
XYZBAC COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
YAZ COMPRIMIDOS, YASMIN 28 COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
YBUPHEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YESINTEK INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
YESINTEK JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
YESINTEK JERINGA 90 MG	-	NC	DERMATOLÓGICOS
YEZTUGO INYECTABLE	-	NC	ANTIVIRALES
YEZTUGO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
YF-VAX INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
YONSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
YORVIPATH INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
YORVIPATH INYECTABLE 294 MCG	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
YORVIPATH INYECTABLE 420 MCG	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
YOSPRALA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
YUFLYMA KIT INYECTABLE (adalimumab-aaty)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YUFLYMA KIT (adalimumab-aaty)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

EXC	NC = No cubierto	INF	genérico = letras minúsculas	LD	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M	NC/3P = No cubierto, revisor externo	MSP		OTC	
PA	Exclusión del plan	QL	Infertilidad	RS	Distribución limitada
SF	Beneficio médico	SMKG	Programa obligatorio de farmacia especializada	ST	De venta libre
	Autorización previa		Límite de cantidad		Restricción a especialistas
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses		Abandono del tabaquismo		Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
YUPELRI SOLUCIÓN	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
YUSIMRY INYECTABLE (adalimumab-aqvh)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YUTREPIA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA	OTC	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
zafemy parches (equiv. XULANE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
zafirlukast comprimidos (equiv. ACCOLATE)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILADORES
zaleplón cápsulas (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsula/día)	QL	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ZANAFLEX CÁPSULAS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ZANAFLEX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ZANOSAR INYECTABLE	M	6	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZARONTIN CÁPSULAS	-	NC	ANTICONSULSIVOS
ZARONTIN SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONSULSIVOS
ZARXIO INYECTABLE	MSP	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ZAVESCA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ZAVZPRET SPRAY NASAL (QL= 6 unidades/reposición; 60 unidades/365 días)	PA-QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZECUITY PARCHES	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZEGALOGUE INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ZEGERID CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ZEGERID POLVO EN PAQUETE	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ZEJULA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZEJULA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZELAPAR ODT	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ZELBORAF COMPRIMIDOS (QL= 8 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZELSUVMI GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZEMPLAR CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
zenzedi comprimidos 10 mg (equiv. DEXEDRINE)	-	NC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
zenzedi comprimidos 5 mg (equiv. DEXEDRINE)	-	NC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ZEPATIER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ZEPBOUND INYECTABLE	-	EXC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ZEPBOUND VIAL INYECTABLE	-	EXC	TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS
ZEPOSIA CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZERIT CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
ZERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ZESTORETIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ZETIA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.

Índice alfabético

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ZETONNA SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona)	QL-ST	4	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ZIAC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ZIAGEN SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
ZIAGEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ZIANA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
zidovudina cápsulas (equiv. RETROVIR)	-	2	ANTIVIRALES
zidovudina jarabe (equiv. RETROVIR)	-	2	ANTIVIRALES
zidovudina comprimidos (equiv. RETROVIR)	-	2	ANTIVIRALES
ZIEXTENZO INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ZILACAINE PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZILBRYSQ INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ZILBRYSQ INYECTABLE 23 MG	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ZILBRYSQ INYECTABLE 32.4 MG	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
zileutón ER comprimidos (equiv. ZYFLO CR)	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ZILXI ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZIMHI SOLUCIÓN	-	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
ZINBRYTA INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
zinc gluconato comprimidos	OTC	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 1 vial/día)	PA-QL	4	AGENTES OFTÁLMICOS
ziprasidona cápsulas (equiv. GEODON)	-	2	ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZIPSOR CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ZIRGAN GEL OFTÁLMICO	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ZITHROMAX POLVO EN PAQUETE	-	4	MACRÓLIDOS
ZITHROMAX SUSPENSIÓN	-	NC	MACRÓLIDOS
ZITHROMAX COMPRIMIDOS	-	NC	MACRÓLIDOS
ZITUVIMET XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ZITUVIO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ZOCOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ZOCOR COMPRIMIDOS 80 mg	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ZOFRAN ODT	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZOFRAN SOLUCIÓN	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZOFRAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZOKINVY CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ZOLINZA CÁPSULAS	MSP-PA-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
zolmitriptán spray nasal (equiv. ZOLMITRIPTAN, ZOMIG) (QL= 6 pulverizaciones/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
zolmitriptán ODT (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOLMITRIPTAN SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOLMITRIPTAN SPRAY, ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
zolmitriptán comprimidos (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOLOFT CONCENTRADO	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZOLPAK KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZOLPIDEM CÁPSULAS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses		
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS
			LD Distribución limitada
			OTC De venta libre
			RS Restricción a especialistas
			ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
zolpidem ER comprimidos (equiv. AMBIEN CR) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
zolpidem comprimidos (equiv. AMBIEN) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	HIPNÓTICOS
tartrato de zolpidem SL comprimidos (equiv. INTERMEZZO)	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ZOLPIMIST SPRAY	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ZOMACTON INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ZOMETA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOMIG COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOMIG ZMT	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZONATUSS CÁPSULAS 150 mg	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
ZONEGRAN CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ZONISADE SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para los miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTICONVULSIVOS
zonisamida cápsulas (equiv. ZONEGRAN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
ZONTIVITY COMPRIMIDOS (Restringido para especialistas en cardiología)	RS	4	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ZORTRESS COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ZORVOLEX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ZORYVE CREMA (QL= 60 gramos/30 días)	PA-QL	3	DERMATOLÓGICOS
ZORYVE CREMA 0.15%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZORYVE ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZOVIRAX CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
ZOVIRAX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZOVIRAX POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
ZOVIRAX SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
ZOVIRAX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ZTALMY SUSPENSIÓN (QL= 1100 ml/30 días; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5	ANTICONVULSIVOS
ZUBSOLV SL COMPRIMIDOS	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ZUNVEYL COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZUPLENZ SL PELÍCULA	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZURAMPIC COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ZURZUVAE CÁPSULAS 20 MG, 25 MG	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZURZUVAE CÁPSULAS 30 MG	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZUTRIPRO LÍQUIDO	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
ZYBAN COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZYCLARA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZYDELIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYFLO CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ZYFLO COMPRIMIDOS	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Índice alfabético
Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ZYKADIA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYKADIA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYLET SUSPENSIÓN OFTÁLMICA (QL= 5ml/reposición (el frasco de 10ml no está cubierto))	QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ZYLOPRIM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ZYLOTROL-L KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZYMAXID SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ZYMFENTRA INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ZYPITAMAG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE	-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZYPREXA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZYPREXA ZYDIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZYRTEC MASTICABLE PARA NIÑOS ALERGIAS	OTC	NC	ANTIISTAMÍNICOS
ZYRTEC COMPRIMIDOS MASTICABLES PARA NIÑOS	OTC	NC	ANTIISTAMÍNICOS
ZYTIGA COMPRIMIDOS 250 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYTIGA COMPRIMIDOS 500 mg	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYVOX SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
ZYVOX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
TDH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS		
ANFETAMINAS		
anfetamina/dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. ADDERALL XR)	-	2
anfetamina/dextroanfetamina comprimidos (equiv. ADDERALL)	-	2
dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. DEXEDRINE)	-	2
dextroanfetamina comprimidos (equiv. DEXEDRINE)	-	2
lisdexanfetamina dimesilato cápsulas (equiv. VYVANSE)	-	2
metanfetamina clorhidrato comprimidos (equiv. METANFETAMINA)	-	2
lisdexanfetamina dimesilato comprimidos masticables (equiv. VYVANSE)	-	3
dextroanfetamina solución (equiv. PROCENTRA)	-	4
ADDERALL COMPRIMIDOS	-	NC
ADDERALL XR CÁPSULAS	-	NC
ADZENYS ER SUSPENSIÓN	-	NC
ADZENYS XR COMPRIMIDOS, ANFETAMINA ER ODT COMPRIMIDOS	-	NC
anfetamina comprimidos (equiv. EVEKEO)	-	NC
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 12.5 mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 25 mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 37.5 mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 partes 24 horas 50 mg (equiv. MYDAYIS)	-	NC
DESOXYN COMPRIMIDOS	-	NC
DEXEDRINE CÁPSULAS	-	NC
dextroanfetamina sulfato comprimidos 15 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC
dextroanfetamina sulfato comprimidos 2.5 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC
dextroanfetamina sulfato comprimidos 20 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC
dextroanfetamina sulfato comprimidos 30 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC
dextroanfetamina sulfato comprimidos 7.5 mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC
DYANAVEL XR MASTICABLE	-	NC
EVEKEO ODT	-	NC
EVEKEO COMPRIMIDOS	-	NC
MYDAYIS CÁPSULAS 12.5 MG	-	NC
MYDAYIS CÁPSULAS 25 MG	-	NC
MYDAYIS CÁPSULAS 37.5 MG	-	NC
MYDAYIS CÁPSULAS 50 MG	-	NC
VYVANSE CÁPSULAS	-	NC
VYVANSE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
XELSTRYM PARCHES	-	NC
zenzedi comprimidos 10 mg (equiv. DEXEDRINE)	-	NC
zenzedi comprimidos 5 mg (equiv. DEXEDRINE)	-	NC
ANALÉPTICOS		
caféina citrato solución (equiv. CAFKIT) (Cubierto para miembros de 11 meses de edad o menores)	-	3
CAFCIT INYECTABLE	-	NC
ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS		
benzfetamina comprimidos	-	EXC
DIETILPROPIÓN ER COMPRIMIDOS	-	EXC
dietilpropión comprimidos	-	EXC
FENDIMETRAZINA ER COMPRIMIDOS	-	EXC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS Cont.		
fendimetrazina comprimidos (equiv. BONTRIL PDM)	-	EXC
PLENITY CÁPSULAS	-	EXC
AGENTES ANTIOBESIDAD		
IMCIVREE INYECTABLE (QL= 1 iny./día; únicamente disponible a través de PantherRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
liraglutida (manejo del peso) solución inyectable en pluma (equiv. SAXENDA)	-	EXC
SAXENDA INYECTABLE	-	EXC
WEGOVY INYECTABLE	-	EXC
WEGOVY INYECTABLE 1.7 MG/0.75 ML	-	EXC
WEGOVY INYECTABLE 2.4 MG/0.75 ML	-	EXC
XENICAL CÁPSULAS	-	EXC
ZEPBOUND INYECTABLE	-	EXC
ZEPBOUND VIAL INYECTABLE	-	EXC
AGENTES CONTRA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)		
atomoxetina cápsulas (equiv. STRATTERA)	-	2
clonidina ER comprimidos (equiv. KAPVAY)	-	2
guanfacina ER comprimidos (equiv. INTUNIV)	-	2
INTUNIV COMPRIMIDOS	-	NC
KAPVAY COMPRIMIDOS	-	NC
ONYDA XR SUSPENSIÓN	-	NC
QELBREE ER CÁPSULAS	-	NC
STRATTERA CÁPSULAS	-	NC
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NOREPINEFRINA (IRND)		
SUNOSI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3
ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DEL RECEPTOR H3 DE HISTAMINA		
WAKIX COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
ESTIMULANTES - MISC.		
armodafinilo comprimidos (equiv. NUVIGIL) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2
dexmetilfenidato ER cápsulas (equiv. FOCALIN XR)	-	2
dexmetilfenidato comprimidos (equiv. FOCALIN)	-	2
metilfenidato CD cápsulas (equiv. METADATE CD)	-	2
metilfenidato ER cápsulas (equiv. RITALIN LA)	-	2
metilfenidato ER comprimidos (equiv. CONCERTA)	-	2
metilfenidato solución (equiv. METHYLIN)	-	2
metilfenidato comprimidos (equiv. RITALIN)	-	2
modafinilo comprimidos (equiv. PROVIGIL) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2
METHYLIN SOLUCIÓN	-	3
metilfenidato comprimidos masticables (equiv. METHYLIN)	-	3
metilfenidato ER cápsulas (equiv. APTENSIO XR)	-	3
METILFENIDATO ER COMPRIMIDOS	-	3
AZSTARYS CÁPSULAS	-	NC
CONCERTA COMPRIMIDOS, RITALIN SR COMPRIMIDOS	-	NC
COTEMPLA XR ODT	-	NC
DAYTRANA PARCHES	-	NC
FOCALIN COMPRIMIDOS	-	NC
FOCALIN XR CÁPSULAS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Exclusión del plan	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS Cont.		
metilfenidato ER comprimidos 72 mg	-	NC
metilfenidato td parches (equiv. DAYTRANA)	-	NC
NUVIGIL COMPRIMIDOS	-	NC
PROVIGIL COMPRIMIDOS	-	NC
QUILLIVANT XR SUSPENSIÓN	-	NC
RELEXXI ER COMPRIMIDOS	-	NC
RITALIN LA CÁPSULAS, APTENSIO XR CÁPSULAS	-	NC
RITALIN COMPRIMIDOS	-	NC

EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLOGICOS MISC.

EXTRACTOS ALERGÉNICOS

ODACTRA SL COMPRIMIDOS	PA	4
PALFORZIA POLVO EN PAQUETE (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN	-	NC

MEDICINAS ALTERNATIVAS

MEDICINA ALTERNATIVA - R'S

RESERVAPAK JARABE	-	NC
-------------------	---	----

AMEBICIDAS

AMEBICIDAS

SOLOSEC PAQUETE GRANULADO (QL= 1 paquete/reposición)	PA-QL	4
--	-------	---

AMINOGLUCÓSIDOS

AMINOGLUCÓSIDOS

neomicina comprimidos	-	2
tobramicina solución para nebulizar (Restringido para especialistas en Enfermedad infecciosas o Neumología)	MSP-RS	2
ARIKAYCE SUSPENSIÓN (QL= 1 vial/día; Únicamente disponible a través de Maxor Pharmacy 800-658-6046)	LD-PA-QL	5
TOBI PODHALER (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
BETHKIS SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR, TOBI SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
HUMATIN CÁPSULAS	-	NC
KITABIS PAK SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
tobramicina solución para nebulizar (equiv. BETHKIS)	-	NC

ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS

ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS

OLUMIANT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
RINVOQ ER COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL (QL= 12 ml/día)	MSP-PA-QL	5
XELJANZ SOLUCIÓN (QL= 10 ml/día)	MSP-PA-QL	5
XELJANZ COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
XELJANZ COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5

ANTIRREUMÁTICOS ANTIMETABOLITOS

RHEUMATREX COMPRIMIDOS	-	4
REDITREX INYECTABLE	-	NC

ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI TNF ALFA

ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
---	-----------	---

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.		
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2 PLUMAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 1 kit/reposición; 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (equiv. HYRIMOZ) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ JERINGA PRECARGADA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE AUTOINYECTOR (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
HADLIMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 10 mg (QL = 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 20 mg (QL = 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 40 MG (QL = 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 80 MG (QL= 2 jeringas/28 días)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE CROHN/UC/HIDRADENITIS PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO UC PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS / UVEÍTIS PAQUETE DE INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 mg (QL = 2 plumas/28 días)	MSP-PA-QL	5
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
SIMPONI AUTOINYECTOR 100 MG (QL=1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
SIMPONI INYECTABLE 100 MG (QL=1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ABRILADA INYECTABLE	-	NC
ADALIMUMAB-RYVK INYECTABLE	-	NC
ADALIMUMAB-RYVK INYECTABLE (equiv. SIMLANDI)	-	NC
AMJEVITA AUTOINYECTOR (adalimumab-atto)	-	NC
AMJEVITA INYECTABLE (adalimumab-atto)	-	NC
CYLTEZO KIT DE AUTOINYECTOR (adalimumab-adbm)	-	NC
CYLTEZO INYECTABLE (adalimumab-adbm)	-	NC
HULIO INYECTABLE (adalimumab-fkjp)	-	NC
HULIO KIT (adalimumab-fkjp)	-	NC
HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz)	-	NC
HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz)	-	NC
IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf)	-	NC
SIMPONI ARIA INYECTABLE	-	NC
SIMPONI AUTOINYECTOR 50 MG	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.		
SIMPONI INYECTABLE 50 MG	-	NC
YUFLYMA KIT INYECTABLE (adalimumab-aaty)	-	NC
YUFLYMA KIT (adalimumab-aaty)	-	NC
YUSIMRY INYECTABLE (adalimumab-aqvh)	-	NC
COMPUESTOS DEL ORO		
AURANOFIN CÁPSULAS	-	NC
RIDAURA CÁPSULAS	-	NC
BLOQUEADORES DE INTERLEUQUINA-1		
ARCALYST INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUQUINA-1 (IL-1RA)		
KINERET INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUQUINA-6		
KEVZARA INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
TYENNE INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ACTEMRA ACTPEN INYECTABLE	-	NC
ACTEMRA INYECCIÓN INTRAVENOSA	-	NC
ACTEMRA SC INYECTABLE	-	NC
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)		
celecoxib cápsulas (equiv. CELEBREX)	-	2
diclofenaco potásico comprimidos (equiv. CATAFLAM)	-	2
diclofenaco sódico EC comprimidos (equiv. VOLTAREN)	-	2
diclofenaco sódico XR comprimidos (equiv. VOLTAREN XR)	-	2
etodolac cápsulas (equiv. LODINE)	-	2
etodolac comprimidos	-	2
FLURBIPROFENO COMPRIMIDOS	-	2
flurbiprofeno comprimidos (equiv. ANSAID)	-	2
ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN)	-	2
ibuprofeno comprimidos	-	2
ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta)	-	2
indometacina cápsulas (equiv. INDOCIN)	-	2
indometacina CR cápsulas (equiv. INDOCIN SR)	-	2
ketorolaco inyectable 15 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2
ketorolaco inyectable 30 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2
ketorolaco inyectable 60 mg/2 ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2
ketorolaco comprimidos (equiv. TORADOL) (QL= 20 comprimidos/5 días)	QL	2
meloxicam comprimidos (equiv. MOBIC)	-	2
nabumetona comprimidos (equiv. RELAFEN)	-	2
naproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN)	-	2
piroxicam cápsulas (equiv. FELDENE)	-	2
sulindac comprimidos (equiv. CLINORIL)	-	2
ácido mefenámico cápsulas (equiv. PONSTEL)	-	3
naproxeno EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC)	-	3
naproxeno sódico comprimidos (equiv. ANAPROX)	-	3
oxaprozina comprimidos (equiv. DAYPRO)	-	3
diclofenaco/misoprostol DR comprimidos (equiv. ARTHROTEC)	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.		
etodolac ER comprimidos (equiv. LODINE XL)	-	4
FENOPROFENO COMPRIMIDOS	-	4
KETOPROFENO ER CÁPSULAS	-	4
MECLOFENAMATO CÁPSULAS	-	4
ANAPROX COMPRIMIDOS	-	NC
ARTHROTEC COMPRIMIDOS	-	NC
CELEBREX CÁPSULAS	-	NC
COMBOGESIC COMPRIMIDOS	-	NC
COXANTO CÁPSULAS	-	NC
DAYPRO COMPRIMIDOS	-	NC
DICLOFENAC CÁPSULAS	-	NC
diclofenaco potásico cápsulas (equiv. ZIPSOR)	-	NC
diclofenaco potásico comprimidos 25 mg (equiv DICLOFENAC)	-	NC
DUEXIS COMPRIMIDOS	-	NC
FELDENE CÁPSULAS	-	NC
fenoprofeno calcio cápsulas (equiv. NALFON)	-	NC
FENOPROFENO CÁPSULAS, NAFLON CÁPSULAS	-	NC
FENOPRON CÁPSULAS	-	NC
IBU 600-EZS KIT	-	NC
IBUPROFENO COMPRIMIDOS	-	NC
ibuprofeno-famotidina comprimidos	-	NC
INDOCIN SUPOSITORIOS	-	NC
INDOCIN SUSPENSIÓN	-	NC
INDOMETACINA CÁPSULAS, TIVORBEX CÁPSULAS	-	NC
indometacina supositorios (equiv. INDOCIN)	-	NC
indometacina suspensión (equiv. INDOCIN)	-	NC
INFLATHERM PAK	-	NC
KETOPROFENO CÁPSULAS	-	NC
KETOROLACO INYECTABLE	-	NC
ketorolaco inyectable (equiv. TORADOL)	-	NC
LURBIRO COMPRIMIDOS 100 MG	-	NC
meloxicam cápsulas (equiv. VIVLODEX)	-	NC
MELOXICAM COMFORT KIT	-	NC
MELOXICAM SUSPENSIÓN	-	NC
MOBIC COMPRIMIDOS	-	NC
MOTRIN SUSPENSIÓN	-	NC
NAFLON CÁPSULAS	-	NC
NAPRELAN CR COMPRIMIDOS	-	NC
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS	-	NC
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC
NAPROSYN SUSPENSIÓN	-	NC
NAPROSYN COMPRIMIDOS	-	NC
naproxeno EC comprimidos 500 mg (equiv. NAPROSYN EC)	-	NC
naproxeno sódico CR comprimidos (equiv. NAPRELAN CR)	-	NC
NAPROXENO SUSPENSIÓN	-	NC
naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN)	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.		
naproxeno/esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO)	-	NC
PONSTEL CÁPSULAS	-	NC
QMIIZ ODT COMPRIMIDOS	-	NC
RELAFEN DS COMPRIMIDOS	-	NC
SPRIX SPRAY NASAL	-	NC
TOLECTIN COMPRIMIDOS	-	NC
TOLMETIN CÁPSULAS	-	NC
TOLMETIN COMPRIMIDOS, TOLECTIN COMPRIMIDOS	-	NC
VIMOVO COMPRIMIDOS	-	NC
VIVLODEX CÁPSULAS	-	NC
YBUPHEN COMPRIMIDOS	-	NC
ZIPSOR CÁPSULAS	-	NC
ZORVOLEX CÁPSULAS	-	NC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4)		
OTEZLA PAQUETE DE INICIO	-	NC
OTEZLA COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
leflunomida comprimidos (equiv. ARAVA)	-	2
ARAVA COMPRIMIDOS	-	NC
MODULADORES DE COESTIMULACIÓN SELECTIVOS		
ORENCIA CLICK INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/ML (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ORENCIA SC INYECTABLE 50 MG/0.4 ML (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ORENCIA SC INYECTABLE 87.5 MG/0.7 ML (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
AGENTES RECEPTORES SOLUBLES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ENBREL INYECTABLE 25 MG (QL= 8 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ENBREL INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ENBREL MINI INY. (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS		
COMBINACIONES ANALGÉSICAS		
ALLZITAL COMPRIMIDOS	-	NC
BUTALBITAL/ACETAMINOFENO CÁPSULAS	-	NC
butalbital/acetaminofeno/cafeína solución	-	NC
butalbital/acetaminofeno/cafeína comprimidos (equiv. FIORICET)	-	NC
BUTALBITAL/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC
DOLGIC PLUS COMPRIMIDOS	-	NC
ESGIC COMPRIMIDOS	-	NC
FIORICET CÁPSULAS	-	NC
FIORINAL CÁPSULAS	-	NC
VTOL SOLUCIÓN	-	NC
ANALGÉSICOS - INHIBIDORES DE SEÑALES DE DOLOR DE LOS CANALES DE SODIO		
JOURNAVX COMPRIMIDOS	-	NC
SALICILATOS		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS Cont.		
aspirina comprimidos masticables 81 mg (Cubierto para miembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos [sin restricción de edad])	OTC	1
ASPIRINA EC COMPRIMIDOS 325 MG	OTC	1
aspirina ec comprimidos 81 mg (Cubierto para miembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos de 55 a 79 años)	OTC	1
aspirina comprimidos 325 mg (Cubierto para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años)	OTC	1
diflunisal comprimidos (equiv. DOLOBID)	-	2
salsalato comprimidos (equiv. DISALCID)	-	3
DOLOBID COMPRIMIDOS	-	NC
ANALGÉSICOS - OPIOIDES		
AGONISTAS OPIOIDES		
CODEÍNA SULFATO COMPRIMIDOS	-	2
hidromorфона comprimidos (equiv. DILAUDID)	-	2
METADONA SOLUCIÓN (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2
metadona comprimidos (equiv. DOLOPHINE) (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2
metadona comprimidos (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2
morfina sulfato ER comprimidos (equiv. MS CONTIN) (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN ORAL 10 MG/5 ML	-	2
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN ORAL 100 MG/5 ML	-	2
morfina sulfato solución oral 10 mg/5 ml (equiv. MORFINA SULFATO)	-	2
morfina sulfato solución	-	2
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN 20 MG/5 ML	-	2
morfina sulfato comprimidos	-	2
oxicodona cápsulas (equiv. OXYIR)	-	2
oxicodona comprimidos (equiv. ROXICODONE)	-	2
tramadol comprimidos (equiv. ULTRAM)	-	2
citrato de fentanilo pastilla paleta (equiv. ACTIQ) (QL= 120 pastillas/30 días)	PA-QL	3
fentanilo parches (equiv. DURAGESIC) (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	3
HIDROCODONA BITARTRATO ER COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3
hidrocodona bitartrato er comprimidos (equiv. HYSINGLA) (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3
MORFINA SULFATO SUPOSITORIO	-	3
NUCYNTA ER COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3
oxicodona concentrado (equiv. ROXICODONE)	-	3
oxicodona solución (equiv. ROXICODONE)	-	3
OXYIR CÁPSULAS	-	3
XTAMPA ER CÁPSULAS (QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3
CODEÍNA SULFATO SOLUCIÓN	-	4
hidromorфона ER comprimidos (equiv. EXALGO) (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	4
MORFINA SULFATO ER CÁPSULAS PERLADAS (La terapia escalonada requiere el uso previo de un opioide de liberación inmediata si el paciente no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides de liberación prolongada])	ST	4
NUCYNTA COMPRIMIDOS	-	4
tramadol ER comprimidos (equiv. ULTRAM ER) (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	4
TRAMADOL HCL ER COMPRIMIDOS (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide de liberación inmediata si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides de liberación prolongada])	ST	4
ABSTRAL SL COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	LD
M	Exclusión del plan	MSP	OTC
PA	Beneficio médico	QL	RS
SF	Autorización previa	SMKG	ST
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	
	Programa de vacunación	RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - OPIOIDES Cont.		
ACTIQ PASTILLAS	-	NC
DEMEROL COMPRIMIDOS	-	NC
DILAUDID COMPRIMIDOS	-	NC
DSUVIA SL COMPRIMIDOS	-	NC
FENTANILO BUCAL COMPRIMIDOS	-	NC
FENTANILO CITRATO EN PALETA	-	NC
fentanilo parches 37.5 mcg, 62.5 mcg, 87.5 mcg (equiv. FENTANILO)	-	NC
FENTORA COMPRIMIDOS	-	NC
HIDROCODONA BITARTRATO ER CÁPSULAS	-	NC
HIDROMORFONA SUPOSITORIOS	-	NC
KADIAN CÁPSULAS	-	NC
LAZANDA SPRAY NASAL	-	NC
levorfanol comprimidos (equiv. LEVORFANOL)	-	NC
meperidina comprimidos (equiv. DEMEROL)	-	NC
METHADOSE CONC	-	NC
MORPHABOND COMPRIMIDOS	-	NC
MS CONTIN COMPRIMIDOS	-	NC
OPANA COMPRIMIDOS	-	NC
OXICODONA COMPRIMIDOS	-	NC
OXYCONTIN CR COMPRIMIDOS	-	NC
oximorfona comprimidos	-	NC
QDOLO SOLUCIÓN, TRAMADOL SOLUCIÓN	-	NC
ROXICODONA COMPRIMIDOS	-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS	-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS 15 MG	-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS 5 MG	-	NC
RYBIX ODT	-	NC
SUBSYS SPRAY	-	NC
TRAMADOL ER CÁPSULAS	-	NC
TRAMADOL HCL COMPRIMIDOS	-	NC
tramadol hcl comprimidos 100 mg	-	NC
ULTRAM COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES DE OPIOIDES		
acetaminofeno/cafeína comprimidos (equiv. TYLENOL/CODEÍNA)	-	2
aspirina/codeína comprimidos	-	2
acetaminofeno/hidrocodona cápsulas (equiv. LORCET)	-	2
hidrocodona/acetaminofeno solución (equiv. HYCET, LORTAB)	-	2
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos (equiv. LORTAB)	-	2
oxicodona/acetaminofeno cápsulas (equiv. TYLOX)	-	2
oxicodona/acetaminofeno comprimidos (equiv. PERCOCET)	-	2
OXICODONA/ASPIRINA COMPRIMIDOS	-	2
pentazocina/acetaminofeno comprimidos (equiv. TALACEN)	-	2
tramadol/acetaminofeno comprimidos (equiv. ULTRACET)	-	2
APAP/CODEÍNA SOLUCIÓN	-	3
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANALGÉSICOS - OPIOIDES Cont.		
hidrocodona/acetaminofeno solución 10-325 mg/15 ml (equiv. Hycet)	-	4
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 2.5-325 mg (equiv. NORCO)	-	4
HIDROCODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDOS	-	4
hidrocodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. VICOPROFEN)	-	4
HIDROCODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDOS 10-200 MG	-	4
LORTAB ELIXIR	-	4
oxicodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. COMBUNOX)	-	4
ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIHDROCODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC
APADAZ COMPRIMIDOS	-	NC
FIORICET/CODEÍNA CÁPSULAS	-	NC
FIORINAL/CODEÍNA CÁPSULAS	-	NC
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 10 mg-300 mg (equiv. XODOL)	-	NC
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 5 mg-300 mg (equiv. XODOL)	-	NC
hidrocodona/acetaminofeno comprimidos 7.5 mg-300 mg (equiv. XODOL)	-	NC
LORTAB	-	NC
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN 10-300 MG/5 ML, PROLATE SOLUCIÓN 10-300 MG/5 ML	-	NC
OXICODONA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS 2.5-300 MG	-	NC
PERCOCET COMPRIMIDOS	-	NC
PRIMLEV COMPRIMIDOS 10-300 MG	-	NC
PRIMLEV COMPRIMIDOS 5-300 MG	-	NC
PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG	-	NC
SEGLENTIS COMPRIMIDOS	-	NC
TREXIX CÁPSULAS, ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIHDROCODEÍNA CÁPSULAS	-	NC
TYLENOL/CODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC
ULTRACET COMPRIMIDOS	-	NC
VERDROCET COMPRIMIDOS DE 2.5 MG A 325 MG	-	NC
VICOPROFENO COMPRIMIDOS	-	NC
XODOL COMPRIMIDOS 10 MG-300 MG	-	NC
XODOL COMPRIMIDOS 5 MG-300 MG	-	NC
XODOL COMPRIMIDOS 7.5 MG-300 MG	-	NC
AGONISTAS OPIOIDES PARCIALES		
buprenorfina/naloxona sl película (equiv. SUBOXONE)	-	2
buprenorfina/naloxona SL comprimidos (equiv. SUBOXONE)	-	2
butorfanol spray nasal (equiv. STADOL) (QL= 1 frasco/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
ZUBSOLV SL COMPRIMIDOS	-	3
buprenorfina parche (equiv. BUTRANS) (QL= 4 parches/28 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	4
pentazocina/naloxona comprimidos (equiv. TALWIN NX)	-	4
nalbufina inyectable	M	6
BELBUCA PELÍCULA	-	NC
BUNAVAIL PELÍCULA	-	NC
buprenorfina clorhidrato película bucal (equiv. BELBUCA)	-	NC
buprenorfina SL comprimidos (equiv. SUBUTEX)	-	NC
BUTRANS PARCHES	-	NC
SUBLOCADE SOLUCIÓN, BRIXADI SOLUCIÓN	-	NC
SUBOXONE PELÍCULA SL	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS

ESTEROIDES ANABÓLICOS

ANADROL COMPRIMIDOS	-	4
ANDRÓGENOS		
cipionato de testosterona inyectable (equiv. DEPO-TESTOSTERONE)	-	2
danazol cápsulas (equiv. DANOCRINE)	-	3
TESTOSTERONA ENANTATO INYECTABLE 200 MG/ML (QL = 5 ml/reposición)	QL	3
TESTOSTERONA GEL 1% 25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3
testosterona gel 1% 25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3
testosterona gel 1% 50 MG (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	3
testosterona gel con bomba 1% (equiv. VOGELXO GEL, ANDROGEL) (QL= 4 frascos/30 días)	PA-QL	3
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1 % (QL= 4 frascos/30 días)	PA-QL	3
testosterona gel con bomba 1.62 % (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3
testosterona solución (equiv. AXIRON) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3
metiltestosterona cápsulas	PA	4
testosterona gel 1.62 % 1.25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4
testosterona gel 1.62 % 2.5 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	4
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4
ANDROGEL 1 % 25 MG	-	NC
ANDROGEL 1 % 50 mg, TESTIM GEL 1 %	-	NC
ANDROGEL 1.62 % 1.25 GM	-	NC
ANDROGEL 1.62 % 2.5 GM	-	NC
ANDROGEL BOMBA 1.62 %	-	NC
FORTESTA GEL 2%	-	NC
KYZATREX CÁPSULAS	-	NC
KYZATREX CÁPSULAS, JATENZO CÁPSULAS, TLANDO CÁPSULAS	-	NC
METHITEST COMPRIMIDOS	-	NC
NATESTO GEL	-	NC
NATESTO GEL NASAL	-	NC
STRIANT PELÍCULA	-	NC
TESTOSTERONA GEL 10 MG/ACT	-	NC
testosterona gel 2% (equiv. FORTESTA)	-	NC
TESTOSTERONA GEL, VOGELXO GEL	-	NC
VOGELXO GEL CON BOMBA 1%	-	NC
XYOSTED INYECTABLE	-	NC

AGENTES ANORRECTALES

ESTEROIDES INTRARRECTALES

hidrocortisona enema (equiv. CORTENEMA)	-	3
CORTIFOAM	-	4
CORTENEMA	-	NC

COMBINACIONES RECTALES

lidocaína/hidrocortisona crema (equiv. ANAMANTLE)	-	3
PROCTOFOAM HC ESPUMA	-	3
ANALPRAM-E KIT	-	4
ANALPRAM-HC CREMA	-	NC
LIDOCAÍNA/HIDROCORTISONA KIT CREMA RECTAL	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANORRECTALES Cont.		
pramoxina/hidrocortisona crema (equiv. ANALPRAM-HC)	-	NC
PROCORT CREMA	-	NC
ESTEROIDES RECTALES		
proctosol HC crema (equiv. ANUSOL HC)	-	2
ANUSOL-HC CREMA	-	NC
ANUSOL-HC SUPOSITORIOS	-	NC
hidrocortisona supositorios (equiv. ANUSOL HC)	-	NC
PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS		
ESTEROIDES INTRARRECTALES		
budesonida espuma rectal (equiv. UCERIS ESPUMA RECTAL)	PA	4
UCERIS ESPUMA RECTAL	PA	4
COMBINACIONES RECTALES		
ANALPRAM-HC CREMA	-	NC
HIDROCORTISONA/PRAMOXINA SUPOSITORIOS	-	NC
ANESTÉSICOS LOCALES RECTALES		
LIDOCAÍNA SUPOSITORIOS	-	NC
ESTEROIDES RECTALES		
HIDROCORTISONA CREMA	-	2
AGENTES VASODILATADORES		
nitroglicerina pomada (equiv. RECTIV)	-	4
RECTIV POMADA	-	4
ANTIHELMÍNTICOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
mebendazol comprimidos masticables	-	2
BENZNIDAZOL COMPRIMIDOS (Restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas)	RS	3
ivermectina comprimidos (equiv. STROMEKTOL)	-	3
praziquantel comprimidos (equiv. BILTRICIDE)	-	3
albendazol comprimidos (equiv. ALBENZA)	-	4
ALBENZA COMPRIMIDOS	-	NC
BILTRICIDE COMPRIMIDOS	-	NC
EGATEN COMPRIMIDOS	-	NC
EMVERM COMPRIMIDOS	-	NC
IVERMECTINA COMPRIMIDOS	-	NC
STROMEKTOL COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES ANTIANGINOSOS		
ANTIANGINOSOS - OTROS		
ranolazina comprimidos (equiv. RANEXA)	-	2
ASPRUZO GRÁNULOS DISPERSABLES	-	NC
RANEXA COMPRIMIDOS	-	NC
NITRATOS		
isosorbida dinitrato comprimidos (equiv. ISORDIL)	-	2
mononitrato de isosorbida ER comprimidos (equiv. IMDUR)	-	2
mononitrato de isosorbida comprimidos (equiv. MONOKET)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIANGINOSOS Cont.		
NITROGLICERINA ER CÁPSULAS	-	2
nitroglicerina parches (equiv. NITRO-DUR)	-	2
nitroglicerina SL comprimidos (equiv. NITROSTAT)	-	2
NITRO-BID POMADA	-	3
isosorbida dinitrato comprimidos 40 mg (equiv. ISORDIL)	-	4
ISOSORBIDA MONONITRATO COMPRIMIDOS	-	4
NITRO-DUR PARCHES 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	-	4
nitroglicerina spray lingual (equiv. NITROLINGUAL)	-	4
NITROMIST SPRAY	-	4
GONITRO POLVO	-	NC
ISORDIL TITRADOSE COMPRIMIDOS	-	NC
NITRO-DUR PARCHES	-	NC
NITROLINGUAL PUMP SPRAY	-	NC
NITROSTAT SL COMPRIMIDOS	-	NC

AGENTES ANTIANSIEDAD

AGENTES ANTIANSIEDAD - MISC.

buspirona comprimidos (equiv. BUSPAR)	-	2
hidroxizina pamoato cápsulas (equiv. VISTARIL)	-	2
HIDROXIZINA PAMOATO CÁPSULAS 100 MG	-	2
hidroxizina jarabe (equiv. ATARAX)	-	2
hidroxizina comprimidos (equiv. ATARAX)	-	2
meprobamato comprimidos (equiv. MILTOWN)	-	4
BUCAPSOL CÁPSULAS	-	NC
VISTARIL CÁPSULAS	-	NC

BENZODIAZEPINAS

alprazolam comprimidos (equiv. XANAX)	-	2
clordiazepóxido cápsulas (equiv. LIBRIUM)	-	2
diazepam concentrado (equiv. VALIUM)	-	2
diazepam solución oral 5 mg/5 ml (equiv. DIAZEPAM)	-	2
diazepam comprimidos (equiv. VALIUM)	-	2
lorazepam concentrado (equiv. ATIVAN)	-	2
lorazepam comprimidos (equiv. ATIVAN)	-	2
alprazolam ER comprimidos (equiv. XANAX XR)	-	3
oxazepam cápsulas (equiv. SERAX)	-	3
alprazolam ODT (equiv. NIRAVAM)	-	4
clorazepato comprimidos (equiv. TRANXENE-T)	-	4
ATIVAN COMPRIMIDOS	-	NC
LOREEV XR CÁPSULAS	-	NC
NIRAVAM ODT	-	NC
TRANXENE-T COMPRIMIDOS	-	NC
VALIUM COMPRIMIDOS	-	NC
XANAX COMPRIMIDOS	-	NC
XANAX XR COMPRIMIDOS	-	NC

ANTIARRÍTMICOS

ANTIARRÍTMICOSTIPO I-A

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIARRÍTMICOS Cont.		
disopiramida cápsulas (equiv. NORPACE)	-	2
quinidina sulfato comprimidos	-	2
NORPACE CR CÁPSULAS	-	3
quinidina gluconato CR comprimidos	-	3
NORPACE CÁPSULAS	-	NC
procainamida inyectable	-	NC
QUINIDINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-B		
mexiletina clorhidrato cápsulas	-	3
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-C		
flecainida comprimidos (equiv. TAMBOCOR)	-	2
propafenona comprimidos (equiv. RYTHMOL)	-	2
propafenona ER cápsulas (equiv. RYTHMOL SR)	-	3
RYTHMOL SR CÁPSULAS	-	NC
ANTIARRÍTMICOS TIPO III		
amiodarona comprimidos (equiv. CORDARONE)	-	2
dofetilida cápsulas (equiv. TIKOSYN)	-	3
MULTAQ COMPRIMIDOS	-	3
CORDARONE COMPRIMIDOS	-	NC
TIKOSYN CÁPSULAS	-	NC
ANTI ASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES		
ANTIASMÁTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
TEZSPIRE INYECTABLE (QL= 1 pluma/28 días)	MSP-PA-QL	5
FASENRA PLUMA INYECTABLE	-	NC
NUCALA INYECTABLE	-	NC
NUCALA INY. (QL= 1 iny./28 días)	-	NC
XOLAIR INYECTABLE	-	NC
XOLAIR INYECTABLE 150 MG/ML	-	NC
XOLAIR INYECTABLE 300 MG/2 ML	-	NC
XOLAIR JERINGA	-	NC
XOLAIR JERINGA 150 MG/ML	-	NC
XOLAIR JERINGA 300 MG/2 ML	-	NC
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS		
cromolina solución para nebulizar (equiv. INTAL)	-	NC
BRONCODILATADORES - ANTICOLINÉRGICOS		
ipratropio solución para nebulizar (equiv. ATROVENT)	-	2
ATROVENT HFA INHALADOR	-	3
INCRUSE ELLIPTA INHALADOR	-	3
LONHALA MAGNAIR SOLUCIÓN	-	3
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 1.25 MCG/ACT (QL= 1 inhalador/30 días; la terapia escalonada requiere probar ADVAIR [FLUTICASONA/SALMETEROL], BREO [FLUTICASONA/VILANTEROL], DULERA [MOMETASONA/FORMOTEROL] o SYMBICORT [BUDESONIDA/FORMOTEROL])	QL-ST	3
SPIRIVA HANDIHALER (Para uso con el dispositivo Handihaler)	PA	4
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 2.5 MCG/ACTUACIÓN	PA	4
tiotropio bromuro cápsulas para inhalador (equiv. SPIRIVA) (Para uso con el dispositivo Handihaler)	PA	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES Cont.		
SEEBRI NEOHALER CÁPSULAS	-	NC
TUDORZA PRESSAIR INHALADOR	-	NC
YUPELRI SOLUCIÓN	-	NC
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
montelukast comprimidos masticables (equiv. SINGULAIR)	-	2
montelukast comprimidos (equiv. SINGULAIR)	-	2
montelukast paquete granulado (equiv. SINGULAIR)	-	3
zafirlukast comprimidos (equiv. ACCOLATE)	-	3
ZYFLO COMPRIMIDOS	-	4
ACCOLATE COMPRIMIDOS	-	NC
SINGULAIR COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
SINGULAIR PAQUETE GRANULADO	-	NC
SINGULAIR COMPRIMIDOS	-	NC
zileutón ER comprimidos (equiv. ZYFLO CR)	-	NC
ZYFLO CR COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 3 Y 4 (PDE3 Y PDE4)		
OHTUVAYRE SUSPENSIÓN	-	NC
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4)		
roflumilast comprimidos (equiv. DALIRESP)	-	3
DALIRESP COMPRIMIDOS	-	NC
ESTEROIDES INHALADOS		
budesonida suspensión para inhalar (equiv. PULMICORT)	-	2
ALVESCO INHALADOR	-	3
ARNUITY ELLIPTA INHALADOR	-	3
ASMANEX HFA INHALADOR	-	3
ASMANEX INHALADOR	-	3
QVAR REDHALER	-	3
FLUTICASONA DISKUS INHALADOR	-	4
FLUTICASONA HFA INHALADOR	-	4
AEROSPAN INHALADOR	-	NC
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 113 MCG/ACT	-	NC
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 232 MCG/ACT	-	NC
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 55 MCG/ACT	-	NC
FLOVENT INHALADOR DISKUS	-	NC
FLOVENT HFA INHALADOR	-	NC
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO ACTIVADO POR RESPIRACIÓN 100 MCG/ACT	-	NC
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO ACTIVADO POR RESPIRACIÓN 200 MCG/ACT	-	NC
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO ACTIVADO POR RESPIRACIÓN 50 MCG/ACT	-	NC
PULMICORT FLEXHALER	-	NC
PULMICORT SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN	-	NC
SIMPATOMIMÉTICOS		
albuterol HFA inhalador (equiv. PROAIR, PROVENTIL) (QL= 2 inhaladores/30 días)	QL	2
albuterol solución para nebulizar	-	2
ALBUTEROL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	2
albuterol sulfato jarabe	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES Cont.		
albuterol/ipratropio solución para nebulizar (equiv. DUONEB)	-	2
FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 113-14 MCG/ACT	-	2
FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 232-14 MCG/ACT	-	2
FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 55-14 MCG/ACT	-	2
VENTOLIN HFA INHALADOR (QL= 2 inhaladores/30 días)	QL	2
ADVAIR HFA INHALADOR	-	3
albuterol sulfato comprimidos	-	3
ANORO ELLIPTA INHALADOR	-	3
arformoterol tartrato solución para nebulizar (equiv. BROVANA)	-	3
BREO ELLIPTA INHALADOR	-	3
BREO ELLIPTA INHALADOR 50-25 MCG/ACT	-	3
BREZTRI AEROSPHERE INHALADOR	-	3
budesonida/formoterol inhalador (equiv. SYMBICORT)	-	3
COMBIVENT RESPIMAT INHALADOR	-	3
DULERA INHALADOR	-	3
fluticasona/salmeterol inhalador, wixela inhalador (equiv. ADVAIR)	-	3
levalbuterol solución para nebulizar (equiv. XOPENEX)	-	3
STIOLTO INHALADOR	-	3
STRIVERDI RESPIMAT INHALADOR (QL= 1 inhalador/30 días)	QL	3
terbutalina sulfato comprimidos (equiv. BRETHINE)	-	3
TRELEGY ELLIPTA INHALADOR	-	3
ARCAPTA NEOHALER	-	4
BROVANA SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	4
formoterol fumarato solución para nebulizar (equiv. PERFOROMIST)	-	4
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HFA INHALADOR (QL= 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; la terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto con albuterol HFA)	QL-ST	4
PERFOROMIST SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	4
ADVAIR INHALADOR DISKUS	-	NC
AIRDUO INHALADOR DE POLVO C/SENSOR	-	NC
AIRDUO RESPICLICK	-	NC
AIRSUPRA INHALADOR	-	NC
ALBUTEROL HFA INHALADOR	-	NC
BEVESPI AEROSPHERE INHALADOR	-	NC
DUAKLIR INHALADOR	-	NC
FLUTICASONA-VILANTEROL INHALADOR 100-25 MCG/ACT	-	NC
FLUTICASONA-VILANTEROL INHALADOR 200-25 MCG/ACT	-	NC
PROAIR HFA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR	-	NC
PROAIR RESPICLICK INHALADOR	-	NC
SEREVENT INHALADOR DISKUS	-	NC
SYMBICORT INHALADOR	-	NC
UMECLIDINIO/VILANTEROL INHALADOR 62.5-25 MCG/ACT	-	NC
UTIBRON NEOHALER CÁPSULAS	-	NC
XOPENEX SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
XANTINAS		
teofilina ER comprimidos (equiv. UNIPHYL)	-	2
teofilina solución	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES Cont.		
ELIXOPHYLLIN ELIXIR	-	3
THEOPHYLLINE COMPRIMIDOS ER	-	3
teofilina comprimidos ER (equiv. THEOPHYLLINE ER)	-	3
THEO-24 CÁPSULAS	-	4
ANTICOAGULANTES		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
warfarina comprimidos (equiv. COUMADIN)	-	2
COUMADIN COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
rivaroxabán para suspensión (equiv. XARELTO)	-	2
rivaroxabán comprimidos 2.5 mg (equiv. XARELTO)	-	2
ELIQUIS COMPRIMIDOS, ELIQUIS PAQUETE DE INICIO	-	3
XARELTO PAQUETE DE INICIO	-	3
XARELTO SUSPENSIÓN	-	3
XARELTO COMPRIMIDOS	-	3
SAVAYSA COMPRIMIDOS	-	NC
HEPARINAS Y AGENTES TIPO HEPARINOIDES		
enoxaparina inyectable (equiv. LOVENOX)	-	3
fondaparinux inyectable (equiv. ARIXTRA)	-	3
FRAGMIN INYECTABLE	-	4
ARIXTRA INYECTABLE	-	NC
heparina porcina inyectable	-	NC
LOVENOX INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DE LA TROMBINA		
dabigatrán etexilato mesilato cápsulas (equiv. PRADAXA)	-	3
PRADAXA CÁPSULAS	-	4
PRADAXA PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC
ANTICONVULSIVOS		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR AMPA DE GLUTAMATO		
FYCOMPA COMPRIMIDOS	-	NC
FYCOMPA SUSPENSIÓN	-	NC
perampanel comprimidos (equiv. FYCOMPA)	-	NC
ANTICONVULSIVOS - BENZODIAZEPINAS		
clobazam comprimidos (equiv. ONFI)	-	2
clonazepam comprimidos (equiv. KLONOPIN)	-	2
clobazam suspensión (equiv. ONFI) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	3
diazepam gel rectal (QL= 4 dosis/reposición)	QL	3
clonazepam ODT (equiv. KLONOPIN)	-	4
VALTOCO SPRAY NASAL (QL= 5 dosis/reposición)	QL	4
DIASTAT ACDL GEL	-	NC
DIASTAT GEL RECTAL, DIAZEPAM GEL RECTAL	-	NC
DIAZEPAM GEL	-	NC
KLONOPIN COMPRIMIDOS	-	NC
LIBERVANT PELÍCULA	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTICONVULSIVOS Cont.		
NAYZILAM SPRAY	-	NC
ONFI SUSPENSIÓN	-	NC
ONFI COMPRIMIDOS	-	NC
SYMPAZAN PELÍCULA ORAL	-	NC
ANTICONVULSIVOS - MISC.		
carbamazepina comprimidos masticables (equiv. TEGRETOL)	-	2
carbamazepina suspensión (equiv. TEGRETOL)	-	2
carbamazepina comprimidos (equiv. TEGRETOL)	-	2
gabapentina cápsulas (equiv. NEURONTIN) (QL= 9 cápsulas/día)	QL	2
gabapentina comprimidos 600 mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 6 comprimidos/día)	QL	2
gabapentina comprimidos 800mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 4.5 comprimidos/día)	QL	2
lacosamida solución oral (equiv. VIMPAT)	-	2
lacosamida comprimidos (equiv. VIMPAT)	-	2
lamotrigina comprimidos masticables (equiv. LAMICTAL)	-	2
lamotrigina comprimidos (equiv. LAMICTAL)	-	2
levetiracetam ER comprimidos (equiv. KEPPRA XR)	-	2
levetiracetam solución (equiv. KEPPRA)	-	2
levetiracetam comprimidos (equiv. KEPPRA)	-	2
oxcarbazepina suspensión (equiv. TRILEPTAL)	-	2
oxcarbazepina comprimidos (equiv. TRILEPTAL)	-	2
pregabalina cápsulas (equiv. LYRICA) (QL= 3 cápsulas/día)	QL	2
pregabalina cápsulas 225 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2
pregabalina cápsulas 300 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2
primidona comprimidos (equiv. MYSOLINE)	-	2
topiramato cápsulas dispersables (equiv. TOPAMAX)	-	2
topiramato comprimidos (equiv. TOPAMAX)	-	2
zonisamida cápsulas (equiv. ZONEGRAN)	-	2
carbamazepina ER cápsulas (equiv. CARBATROL)	-	3
carbamazepina ER comprimidos (equiv. TEGRETOL XR)	-	3
gabapentina solución (equiv. NEURONTIN) (QL= 72 ml/día)	QL	3
POTIGA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	QL	3
POTIGA COMPRIMIDOS 50 MG (QL= 9 comprimidos/día)	QL	3
pregabalina solución (equiv. LYRICA) (QL= 30ml/día)	QL	3
rufinamida suspensión (equiv. BANZEL)	PA	3
rufinamida comprimidos (equiv. BANZEL)	PA	3
EPRONTIA SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
LAMICTAL ODT KIT, LAMICTAL XR KIT	-	4
lamotrigina ER comprimidos (equiv. LAMICTAL XR)	-	4
lamotrigina kit de inicio (equiv. LAMICTAL KIT DE INICIO)	-	4
topiramato solución oral (equiv. EPRONTIA) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
ZONISADE SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
DIACOMIT POLVO EN PAQUETE	-	5
EPIDIOLEX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
ZTALMY SUSPENSIÓN (QL= 1100 ml/30 días; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5
APTOM COMPRIMIDOS	-	NC
BANZEL SUSPENSIÓN	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTICONVULSIVOS Cont.		
BANZEL COMPRIMIDOS	-	NC
BRIVIACT INYECTABLE 50 MG/5 ML	-	NC
BRIVIACT SOLUCIÓN 10 MG/ML	-	NC
BRIVIACT COMPRIMIDOS	-	NC
CARBAMAZEPINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
CARBATROL CÁPSULAS	-	NC
DIACOMIT CÁPSULAS	-	NC
ELEPSIA XR COMPRIMIDOS	-	NC
eslicarbazepina acetato comprimidos (equiv. APTIOM)	-	NC
FINTEPLA SOLUCIÓN	-	NC
GABARONE COMPRIMIDOS	-	NC
KEPPRA SOLUCIÓN	-	NC
KEPPRA COMPRIMIDOS	-	NC
KEPPRA XR COMPRIMIDOS	-	NC
LAMICTAL COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
LAMICTAL ODT	-	NC
LAMICTAL ODT KIT	-	NC
LAMICTAL KIT DE INICIO	-	NC
LAMICTAL COMPRIMIDOS	-	NC
LAMICTAL XR COMPRIMIDOS	-	NC
lamotrigina ODT (equiv. LAMICTAL)	-	NC
lamotrigina ODT kit (equiv. LAMICTAL)	-	NC
LEVETIRACETAM ODT, SPRITAM ODT	-	NC
LYRICA CÁPSULAS	-	NC
LYRICA CÁPSULAS 225 MG	-	NC
LYRICA CÁPSULAS 300 MG	-	NC
LYRICA SOLUCIÓN	-	NC
MOTPOLY XR CÁPSULAS	-	NC
MYSOLINE COMPRIMIDOS	-	NC
NEURONTIN CÁPSULAS	-	NC
NEURONTIN SOLUCIÓN	-	NC
NEURONTIN COMPRIMIDOS 600 MG	-	NC
NEURONTIN COMPRIMIDOS 800 MG	-	NC
oxcarbazepina er comprimidos (equiv. OXTELLAR)	-	NC
OXTELLAR XR COMPRIMIDOS	-	NC
PRIMIDONA COMPRIMIDOS	-	NC
QUDEXY XR CÁPSULAS	-	NC
SPRITAM COMPRIMIDOS	-	NC
TEGRETOL SUSPENSIÓN	-	NC
TEGRETOL COMPRIMIDOS	-	NC
TEGRETOL XR COMPRIMIDOS	-	NC
TOPAMAX CÁPSULAS DISPERSABLES	-	NC
TOPAMAX COMPRIMIDOS	-	NC
topiramato ER cápsulas (equiv. QUDEXY)	-	NC
topiramato cápsulas ER (equiv. TROKENDI XR)	-	NC
TRILEPTAL SUSPENSIÓN	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTICONVULSIVOS Cont.		
TRILEPTAL COMPRIMIDOS	-	NC
TROKENDI XR CÁPSULAS	-	NC
VIMPAT SOLUCIÓN	-	NC
VIMPAT COMPRIMIDOS	-	NC
ZONEGRAN CÁPSULAS	-	NC
CARBAMATOS		
felbamato suspensión (equiv. FELBATOL)	-	3
felbamato comprimidos (equiv. FELBATOL)	-	3
FELBATOL SUSPENSIÓN	-	NC
FELBATOL COMPRIMIDOS	-	NC
XCOPRI PAK 100-150 MG	-	NC
XCOPRI PAK 150-200 MG	-	NC
XCOPRI PAK 50-200 MG	-	NC
XCOPRI COMPRIMIDOS 150 MG, 200 MG	-	NC
XCOPRI COMPRIMIDOS 25 MG	-	NC
XCOPRI COMPRIMIDOS 50 MG, 100 MG	-	NC
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 12.5-25 MG	-	NC
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 150-200 MG	-	NC
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 50-100 MG	-	NC
MODULADORES DEL GABA		
tiagabina comprimidos (equiv. GABITRIL)	-	3
GABITRIL COMPRIMIDOS	-	NC
SABRIL POLVO EN PAQUETE	-	NC
SABRIL COMPRIMIDOS	-	NC
vigabatrina polvo en paquete (equiv. SABRIL POLVO)	-	NC
vigabatrina comprimidos (equiv. SABRIL)	-	NC
vigadrone polvo en paquete	-	NC
VIGAFYDE SOLUCIÓN	-	NC
HIDANTOÍNAS		
fenitoína cápsulas (equiv. DILANTIN)	-	2
fenitoína suspensión (equiv. DILANTIN)	-	2
DILANTIN CÁPSULAS 30 MG	-	3
PEGANONE COMPRIMIDOS	-	3
fenitoína comprimidos masticables (equiv. DILANTIN)	-	3
DILANTIN CÁPSULAS 100 MG	-	NC
DILANTIN INFATABS	-	NC
DILANTIN SUSPENSIÓN	-	NC
SUCCINIMIDAS		
etosuximida solución (equiv. ZARONTIN)	-	2
etosuximida cápsulas (equiv. ZARONTIN)	-	3
metosuximida cápsulas (equiv. CELONTIN)	-	3
CELONTIN CÁPSULAS	-	4
ZARONTIN CÁPSULAS	-	NC
ZARONTIN SOLUCIÓN	-	NC
ÁCIDO VALPROICO		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTICONVULSIVOS Cont.		
divalproex ER comprimidos (equiv. DEPAKOTE ER)	-	2
divalproex sódico DR comprimidos (equiv. DEPAKOTE)	-	2
divalproex cápsulas dispersables (equiv. DEPAKOTE)	-	2
ácido valproico cápsulas (equiv. DEPAKENE)	-	2
ácido valproico jarabe (equiv. DEPAKENE)	-	2
DEPACON INYECTABLE	-	NC
DEPAKENE CÁPSULAS	-	NC
DEPAKENE JARABE	-	NC
DEPAKOTE ER COMPRIMIDOS	-	NC
DEPAKOTE CÁPSULAS DISPERSABLES	-	NC
DEPAKOTE COMPRIMIDOS	-	NC
STAVZOR CÁPSULAS	-	NC
valproato inyectable (equiv. DEPACON)	-	NC
ANTIDEPRESIVOS		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA-2 (TETRACÍCLICOS)		
mirtazapina ODT (equiv. REMERON)	-	2
mirtazapina comprimidos (equiv. REMERON)	-	2
REMERON SOLUTAB	-	NC
REMERON COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS		
AUVELITY COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIDEPRESIVOS - MISC.		
bupropión ER comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)	-	2
bupropión comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)	-	2
bupropión XL comprimidos (equiv. WELLBUTRIN XL)	-	2
MAPROTILINA COMPRIMIDOS	-	2
APLENZIN COMPRIMIDOS	-	NC
FORFIVO XL COMPRIMIDO	-	NC
WELLBUTRIN SR COMPRIMIDOS	-	NC
WELLBUTRIN XL COMPRIMIDOS	-	NC
MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - ESTEROIDES NEUROACTIVOS		
ZURZUVAE CÁPSULAS 20 MG, 25 MG	-	NC
ZURZUVAE CÁPSULAS 30 MG	-	NC
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
FENELZINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	2
fenelzina comprimidos (equiv. NARDIL)	-	2
MARPLAN COMPRIMIDOS	-	3
tranilcipromina comprimidos (equiv. PARNATE)	-	3
EMSAM PARCHES	-	4
NARDIL COMPRIMIDOS 15 MG	-	4
PARNATE COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA		
citalopram solución (equiv. CELEXA)	-	2
citalopram comprimidos (equiv. CELEXA)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIDEPRESIVOS Cont.		
escitalopram comprimidos (equiv. LEXAPRO)	-	2
fluoxetina cápsulas (equiv. PROZAC)	-	2
fluoxetina solución (equiv. PROZAC)	-	2
fluoxetina comprimidos (equiv. PROZAC)	-	2
fluvoxamina comprimidos (equiv. LUVOX)	-	2
paroxetina comprimidos (equiv. PAXIL)	-	2
sertralina concentrada (equiv. ZOLOFT)	-	2
sertralina comprimidos (equiv. ZOLOFT)	-	2
escitalopram solución (equiv. LEXAPRO)	-	3
fluvoxamina ER cápsulas (equiv. LUVOX CR) (La terapia escalonada requiere prueba de citalopram, escitalopram, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina o paroxetina)	ST	3
paroxetina ER comprimidos (equiv. PAXIL CR)	-	3
FLUOXETINA COMPRIMIDOS	-	4
PAROXETINA SUSPENSIÓN	-	4
PAXIL SUSPENSIÓN ORAL	-	4
CELEXA COMPRIMIDOS	-	NC
CITALOPRAM CÁPSULAS	-	NC
fluoxetina cápsulas semanales (equiv. PROZAC)	-	NC
LEXAPRO COMPRIMIDOS	-	NC
PAXIL CR COMPRIMIDOS	-	NC
PAXIL COMPRIMIDOS	-	NC
PEXEVA COMPRIMIDOS	-	NC
PROZAC CÁPSULAS	-	NC
PROZAC CÁPSULAS SEMANALES	-	NC
SERTRALINA CÁPSULAS	-	NC
sertralina clorhidrato cápsulas	-	NC
ZOLOFT CONCENTRADO	-	NC
ZOLOFT COMPRIMIDOS	-	NC
MODULADORES DE LA SEROTONINA		
trazodona comprimidos (equiv. DESYREL)	-	2
vilazodona clorhidrato comprimidos (equiv. VIIBRYD)	-	3
NEFAZODONA COMPRIMIDOS	-	4
TRINTELLIX COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL-¢	4
RALDESY SOLUCIÓN	-	NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL)	-	NC
VIIBRYD KIT DE INICIO	-	NC
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA		
desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ)	-	2
duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA)	-	2
venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR)	-	2
venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR)	-	2
CYMBALTA CÁPSULAS	-	NC
DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS	-	NC
DRIZALMA DR CÁPSULAS	-	NC
duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA)	-	NC
EFFEXOR XR CÁPSULAS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIDEPRESIVOS Cont.		
FETZIMA CÁPSULAS	-	NC
FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC
PRISTIQ COMPRIMIDOS	-	NC
VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS	-	NC
VENLAFAXINA COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES TRICÍCLICOS		
amitriptilina comprimidos (equiv. ELAVIL)	-	2
amoxapina comprimidos (equiv. AMOXAPINA)	-	2
doxepina cápsulas (equiv. SINEQUAN)	-	2
doxepina concentrada (equiv. SINEQUAN)	-	2
imipramina comprimidos (equiv. TOFRANIL)	-	2
nortriptilina cápsulas (equiv. PAMELOR)	-	2
nortriptilina solución oral (equiv. NORTRIPTILINA)	-	2
desipramina comprimidos (equiv. NORPRAMIN)	-	3
clomipramina cápsulas (equiv. ANAFRANIL)	-	4
imipramina pamoato cápsulas (equiv. TOFRANIL PM)	-	4
protriptilina comprimidos (equiv. VIVACTIL)	-	4
trimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL)	-	4
ANAFRANIL CÁPSULAS	-	NC
NORPRAMIN COMPRIMIDOS	-	NC
PAMELOR CÁPSULAS	-	NC
SURMONTIL CÁPSULAS	-	NC
TOFRANIL COMPRIMIDOS	-	NC

ANTIABIÉTICOS

INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA

acarbosea comprimidos (equiv. PRECOSE)	-	2
MIGLITOL COMPRIMIDOS	-	4
miglitol comprimidos (equiv. MIGLITOL)	-	4
PRECOSE COMPRIMIDOS	-	NC

ANTIABIÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA

SYMLINPEN INYECTABLE	-	5
----------------------	---	---

COMBINACIONES ANTIABIÉTICAS

glipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	-	2
gliburida/metformina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE)	-	2
GLYXAMBI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
JANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
JENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
SOLQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días)	PA-QL	3
SYNJARDY COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
TRIJDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimido/día)	QL	3
TRIJDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIDIABÉTICOS Cont.		
XIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 2.5-1000 mg, 5-1000 mg (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 mg, 10-500 mg, 10-1000 mg (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
XULTOPHY INYECTABLE (QL= 15ml/30 días)	PA-QL	3
ACTOPLUS MET COMPRIMIDOS	-	NC
ALOGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS, KAZANO COMPRIMIDOS	-	NC
ALOGLIPTINA/PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS, OSENI COMPRIMIDOS	-	NC
ALOGLIPTINA-METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC
ALOGLIPTINA-PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS	-	NC
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 10-1000 MG	-	NC
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 5-1000 MG	-	NC
DUETACT COMPRIMIDOS	-	NC
INVOKAMET COMPRIMIDOS	-	NC
INVOKAMET XR COMPRIMIDOS	-	NC
KOMBIGLYZE XR COMPRIMIDOS	-	NC
pioglitazona/glimepirida comprimidos (equiv. DUETACT)	-	NC
pioglitazona/metformina comprimidos (equiv. ACTOPLUS MET)	-	NC
PRANDIMET COMPRIMIDOS	-	NC
QTERN COMPRIMIDOS	-	NC
saxagliptina-metformina clorhidrato comprimidos liberación prolongada 24 horas (equiv. KOMBIGLYZE)	-	NC
SEGLUROMET COMPRIMIDOS	-	NC
SITAGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC
STEGLUJAN COMPRIMIDOS	-	NC
ZITUVIMET XR COMPRIMIDOS	-	NC
BIGUANIDAS		
metformina ER comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE XR)	-	2
metformina comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE)	-	2
metformina solución (equiv. RIOMET)	-	4
FORTAMET COMPRIMIDOS	-	NC
GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS	-	NC
GLUCOPHAGE XR COMPRIMIDOS	-	NC
GLUMETZA COMPRIMIDOS 1000 MG	-	NC
GLUMETZA COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC
metformina ER comprimidos osmóticos (equiv. FORTAMET)	-	NC
METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC
RIOMET SOLUCIÓN	-	NC
OTROS DIABÉTICOS		
BAQSIMI POLVO NASAL (QL= 2 inhalaciones/reposición)	QL	3
GLUCAGEN HYPOKIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
glucagón (ADNr) para kit de inyección (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
GLUCAGÓN EMR INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
GLUCAGÓN KIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
GVOKE INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
GVOKE KIT DE INYECCIÓN (QL= 2 iny./reposición)	QL	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIDIABÉTICOS Cont.		
GVOKE PFS INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
diazóxido suspensión (equiv. PROGLYCEM)	-	4
mifepristona comprimidos (equiv. KORLYM) (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
KORLYM COMPRIMIDOS	-	NC
PROGLYCEM SUSPENSIÓN	-	NC
ZEGALOGUE INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)		
JANUVIA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL-¢	3
TRADJENTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS	-	NC
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS, NESINA COMPRIMIDOS	-	NC
BRYNOVIN SOLUCIÓN	-	NC
ONGLYZA COMPRIMIDOS	-	NC
saxagliptina hcl comprimidos (equiv. ONGLYZA)	-	NC
ZITUVIO COMPRIMIDOS	-	NC
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA DOPAMINA - ANTIDIABÉTICOS		
CYCLOSET COMPRIMIDOS	-	4
AGENTES MIMÉTICOS DE INCRETINAS		
liraglutida solución en pluma inyectora (equiv. VICTOZA) (QL= 9 ml/30 días)	PA-QL	3
MOUNJARO INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	PA-QL	3
OZEMPIC INY. (QL= 1 paquete/28 días)	PA-QL	3
TRULICITY INY. (QL= 4 plumas/28 días)	PA-QL	3
VICTOZA INYECTABLE (QL= 9ml/30 días)	PA-QL	3
AGENTES MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)		
OZEMPIC INY. (QL= 1 paquete/28 días)	PA-QL	3
RYBELSUS COMPRIMIDOS (QL=1 comprimido/día)	PA-QL	3
BYDUREON BCISE AUTOINY.	-	NC
BYDUREON INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días; restringido al diagnóstico – diabetes Tipo 2 “[E11])	-	NC
BYDUREON PLUMA INYECTABLE	-	NC
EXENATIDE INYECTABLE (EQUIV. BYETTA INYECTABLE)	-	NC
TANZEUM INYECTABLE	-	NC
INSULINA		
INSULINA LISPRO INYECTABLE (equiv. HUMALOG)	-	2
HUMALOG JR KWIKPEN INYECTABLE	-	3
HUMALOG KWIKPEN INYECTABLE	-	3
HUMALOG MIX INYECTABLE	-	3
HUMALOG MIX KWIKPEN, INSULINA LISPRO MIX KWIKPEN	-	3
HUMALOG PLUMA INYECTABLE	-	3
HUMALOG TEMPO PLUMA	-	3
HUMULIN MIX INYECTABLE	OTC	3
HUMULIN MIX PLUMA INYECTABLE	OTC	3
HUMULIN N INYECTABLE	OTC	3
HUMULIN N PLUMA INYECTABLE	OTC	3
HUMULIN R INYECTABLE	OTC	3
HUMULIN R INYECTABLE U-500	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIDIABÉTICOS Cont.		
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECTABLE	-	3
INSULINA GLARGINA INYECTABLE	-	3
INSULINA GLARGINA SOLUCIÓN INYECTABLE EN PLUMA	-	3
INSULINA GLARGINA SOLOSTAR INYECTABLE	-	3
INSULINA LISPRO JR KWIKPEN INYECTABLE	-	3
INSULINA LISPRO KWIKPEN INYECTABLE	-	3
LANTUS INYECTABLE	-	3
LANTUS SOLOSTAR INYECTABLE	-	3
LEVEMIR FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3
LEVEMIR INYECTABLE	-	3
LYUMJEV INYECTABLE	-	3
LYUMJEV KWIKPEN INYECTABLE	-	3
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	3
TOUJEO MAX SOLOSTAR INY.	-	3
TOUJEO SOLOSTAR INYECTABLE	-	3
TRESIBA FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3
TRESIBA INYECTABLE	-	3
ADMELOG INYECTABLE, HUMALOG INYECTABLE	-	NC
ADMELOG SOLOSTAR, HUMALOG TEMPO PLUMA	-	NC
APIDRA INYECTABLE	-	NC
APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC
BASAGLAR KWIKPEN	-	NC
DEGLUDEC FLEXTOUCH INYECTABLE	-	NC
DEGLUDEC INYECTABLE	-	NC
FIASP FLEXTOUCH INYECTABLE	-	NC
FIASP INYECTABLE	-	NC
FIASP PENFILL INYECTABLE, FIASP CARTUCHO PARA BOMBA	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA FLEXPEN INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA MIX FLEXPEN INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA MIX INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA PENFILL INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA GLARGINA-YFGN (PLUMA ÚNICA)	-	NC
KIRSTY INYECTABLE	-	NC
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	NC
MERILOG INYECTABLE	-	NC
MERILOG SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN 70/30 INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN 70/30 RELION INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN N FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN N INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN N RELION 100 UNIDADES/ML	OTC	NC
NOVOLIN R FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN R INYECTABLE	OTC	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIDIABÉTICOS Cont.		
NOVOLIN R RELION INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLOG FLEXPEN INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG MIX FLEXPEN INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG MIX INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG PENFILL INYECTABLE	-	NC
REZVOGLAR INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE INYECTABLE (PLUMA ÚNICA)	-	NC
SEMGLEE INYECTABLE, INSULINA GLARGINA-YFGN INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE PLUMA INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE PLUMA, INSULINA GLARGINA-YFGN PLUMA	-	NC
SEMGLEE SOLUCIÓN	-	NC
TOUJEO SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC
AGENTES SENSIBILIZADORES DE INSULINA		
pioglitazona comprimidos (equiv. ACTOS)	-	2
ACTOS COMPRIMIDOS	-	NC
ANÁLOGOS DE MEGLITINIDA		
repaglinida comprimidos (equiv. PRANDIN)	-	2
nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX)	-	3
INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)		
FARXIGA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
JARDIANCE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
BEXAGLIFLOZINA COMPRIMIDOS	-	NC
DAPAGLIFLOZINA PROPRANEDIOL COMPRIMIDO 10 MG	-	NC
DAPAGLIFLOZINA PROPRANEDIOL COMPRIMIDOS 5 MG	-	NC
INVOKANA COMPRIMIDOS	-	NC
STEGLATRO COMPRIMIDOS	-	NC
SULFONILUREAS		
glimepirida comprimidos (equiv. AMARYL)	-	2
glipizida ER comprimidos (equiv. GLUCOTROL XL)	-	2
glipizida comprimidos (equiv. GLUCOTROL)	-	2
GLYBURID MCR COMPRIMIDOS	-	2
gliburida comprimidos (equiv. MICRONASE)	-	2
TOLAZAMIDA COMPRIMIDOS	-	2
TOLBUTAMIDE COMPRIMIDOS	-	3
AMARYL COMPRIMIDOS	-	NC
GLIMEPIRIDA COMPRIMIDOS	-	NC
GLIPIZIDA COMPRIMIDOS	-	NC
GLUCOTROL COMPRIMIDOS	-	NC
GLUCOTROL XL COMPRIMIDOS	-	NC
GLYNASE COMPRIMIDOS	-	NC

AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS

AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Exclusión del plan	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Autorización previa	OTC	De venta libre
PA	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL	Programa de vacunación	RS	Restricción a especialistas
SF	Programa de vacunación	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC		¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS Cont.		
DIFENOXILATO/ATROPINA LÍQUIDO	-	4
loperamida hcl solución (equiv. LOPERAMIDA)	OTC	NC
ANTIDIARREICOS		
ANTIDIARREICOS - ANTAGONISTAS DEL CANAL DE CLORURO		
MYTESI COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES ANTIDIARREICOS - MISC.		
REZYST COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
VSL #3 CÁPSULAS	-	NC
COMBINACIONES ANTIDIARREICAS		
EVIVO LÍQUIDO	-	NC
AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS		
difenoxilato/atropina comprimidos (equiv. LOMOTIL)	-	2
MOTOFEN COMPRIMIDOS	-	4
opio tintura	-	4
LOMOTIL COMPRIMIDOS	-	NC
loperamida cápsulas	-	NC
PAREGÓRICO TINTURA	-	NC
ANTÍDOTOS		
ANTÍDOTOS		
VISTOGARD PAK	-	NC
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES		
CHEMET CÁPSULAS	-	3
FERRIPROX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a través de Ferriprox Total Care 866-758-7071)	LD-PA	5
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
naloxona inyectable	-	2
naltrexona comprimidos (equiv. REVIA)	-	2
VIVITROL INYECTABLE	MSP	5
EVZIO INYECTABLE	-	NC
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES		
deferiprona comprimidos (equiv. FERRIPROX) (Únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553)	LD-PA	2
deferasirox paquete de gránulos (equiv. JADENU)	MSP	5
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG (Únicamente disponible a través de Ferriprox Total Care 866-758-7071)	LD-PA	5
deferasirox comprimidos (equiv. JADENU)	-	NC
deferasirox comprimidos para suspensión oral (equiv. EXJADE)	-	NC
EXJADE COMPRIMIDOS	-	NC
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG (DOS VECES AL DÍA)	-	NC
FERRIPROX COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC
JADENU DISPERSABLE	-	NC
JADENU COMPRIMIDOS 180 MG	-	NC
JADENU COMPRIMIDOS 90 MG, 360 MG	-	NC
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS		
CETYLEV COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS Cont.

ANTAGONISTAS OPIOIDES

naloxona hcl spray nasal (equiv. NARCAN)	OTC	2
naloxona inyectable precargado	-	2
NARCAN SPRAY NASAL	OTC	2
RIVIVE, REXTOVY SPRAY	OTC	2
KLOXXADO SPRAY NASAL	-	3
NALOXONA PRECARGADO INY. (QL= 2 iny./reposición)	QL	3
OPVEE SPRAY NASAL	-	3
ZIMHI SOLUCIÓN	-	3
EVZIO INYECTABLE	-	NC

ANTIEMÉTICOS

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT3

granisetron comprimidos (equiv. KYTRIL) (QL= 14 comprimidos/reposición)	QL	2
ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN)	-	2
ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN)	-	2
ondansetrón comprimidos (equiv. ZOFRAN)	-	2
ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición)	QL	4
GRANISOL SOLUCIÓN (QL= 60ml/reposición)	QL	4
SANCUSO PARCHES (QL= 4 parches/reposición)	QL	4
KYTRIL COMPRIMIDOS	-	NC
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS	-	NC
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT	-	NC
SUSTOL INYECTABLE	-	NC
ZOFRAN ODT	-	NC
ZOFRAN SOLUCIÓN	-	NC
ZOFRAN COMPRIMIDOS	-	NC
ZUPLENZ SL PELÍCULA	-	NC

ANTIEMÉTICOS - ANTICOLINÉRGICOS

meclizina comprimidos masticables (equiv. BONINE)	OTC	2
meclizina comprimidos (equiv. ANTIVERT)	OTC	2
trimetobenzamida cápsulas (equiv. TIGAN)	-	2
escopolamina parches (equiv. TRANSDERM-SCOP)	-	3
ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC
meclizina hcl comprimidos (equiv. ANTIVERT)	-	NC
MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC
TIGAN CÁPSULAS	-	NC
TRANSDERM-SCOP PARCHES	-	NC

ANTIEMÉTICOS - MISCELÁNEOS

AKYNZEO CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/reposición; Restringido para especialistas en oncología o hematología)	QL-RS	3
dronabinol cápsulas (equiv. MARINOL)	PA	3
CESAMET CÁPSULAS	-	4
DICLEGIS COMPRIMIDOS	-	NC
doxilamina/piridoxina dr comprimidos (equiv. DICLEGIS)	-	NC
MARINOL CÁPSULAS	-	NC
SYNDROS SOLUCIÓN	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIEMÉTICOS Cont.		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA SUSTANCIA P/NEUROQUININA 1 (NK1)		
aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición)	QL	3
aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición)	QL	3
VARUBI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en oncología o hematología)	QL-RS	3
EMEND PAK	-	NC
EMEND SUSPENSIÓN	-	NC

ANTIFÚNGICOS

ANTIFÚNGICOS - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE GLUCANO (EQUINOCANDINAS)

micafungina inyectable (equiv. MYCAMINE)	M	6
MYCAMINE INYECTABLE	M	6
BREXAFEMME COMPRIMIDOS	-	NC

ANTIFÚNGICOS

nistatina polvo	-	2
nistatina comprimidos	-	2
terbinafina comprimidos (equiv. LAMISIL)	-	2
flucitosina cápsulas (equiv. ANCOBON)	-	3
griseofulvina micro comprimidos (equiv. GRIFULVIN V)	-	3
griseofulvina suspensión (equiv. GRIFULVIN)	-	3
griseofulvina comprimidos (equiv. GRIS-PEG)	-	3
ANFOTERICINA B SOLUCIÓN IV	-	NC
ANCOBON CÁPSULAS	-	NC
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS	-	NC
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS, GRISEOFULVINA ULTRA MICRO COMPRIMIDOS	-	NC
GRIS-PEG COMPRIMIDOS	-	NC
LAMISIL COMPRIMIDOS	-	NC

ANTIFÚNGICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL

fluconazol suspensión (equiv. DIFLUCAN)	-	2
fluconazol comprimidos (equiv. DIFLUCAN)	-	2
ketoconazol comprimidos (equiv. NIZORAL)	-	2
itraconazol cápsulas (equiv. SPORANOX)	-	3
voriconazol comprimidos (equiv. VFEND)	-	3
itraconazol solución (equiv. SPORANOX)	PA	4
NOXAFIL PAK	-	4
posaconazol DR comprimidos (equiv. NOXAFIL)	-	4
posaconazol suspensión (equiv. NOXAFIL)	-	4
voriconazol suspensión (equiv. VFEND)	-	4
CRESEMBA CÁPSULAS	-	NC
DIFLUCAN SUSPENSIÓN	-	NC
DIFLUCAN COMPRIMIDOS	-	NC
NOXAFIL SUSPENSIÓN	-	NC
NOXAFIL COMPRIMIDOS	-	NC
SPORANOX CÁPSULAS	-	NC
SPORANOX SOLUCIÓN	-	NC
TOLSURA CÁPSULAS	-	NC
VFEND SUSPENSIÓN	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	€	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIFÚNGICOS Cont.		
VFEND COMPRIMIDOS	-	NC
VIVJOA CÁPSULAS	-	NC
ANTIHIISTAMÍNICOS		
ANTIHIISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS		
DEXCLORFENIRAMINA JARABE	-	NC
MICLARA LÍQUIDO	OTC	NC
RYCLORA SOLUCIÓN	-	NC
ANTIHIISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS		
difenhidramina inyectable (equiv. BENADRYL)	-	3
CARBINOXAMINA SOLUCIÓN	-	4
carbinoxamina comprimidos (equiv. PALGIC)	-	4
clemastina comprimidos (equiv. TAVIST)	-	4
CLEMASTINA COMPRIMIDOS, CLEMAZ COMPRIMIDOS	-	4
carbinoxamina maleato comprimidos 6 mg	-	NC
CARBZAH SOLUCIÓN 4 MG/5 ML	-	NC
CLEMASTINA JARABE	-	NC
CLEMASTINA COMPRIMIDOS (GENUS LIFESCIENCES)	-	NC
CLEMSZA COMPRIMIDOS 2.68MG	-	NC
KARBINAL ER SUSPENSIÓN	-	NC
RYVENT 6 MG COMPRIMIDOS, CARBINOXAMINA MALEATO 6 MG COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIHIISTAMÍNICOS - NO SEDATIVOS		
CLARINEX JARABE	PA	4
levocetirizina solución (equiv. XYZAL)	-	4
levocetirizina comprimidos (equiv. XYZAL)	-	4
CLARITIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	OTC	EXC
DESLORATADINA ODT	-	EXC
desloratadina comprimidos (equiv. CLARINEX)	-	EXC
loratadina cápsulas (equiv. CLARITIN)	OTC	EXC
ALLEGRA ODT	OTC	NC
cetirizina comprimidos masticables (equiv. ZYRTEC)	OTC	NC
CLARINEX COMPRIMIDOS	-	NC
XYZAL SOLUCIÓN	-	NC
XYZAL COMPRIMIDOS	-	NC
ZYRTEC MASTICABLE PARA NIÑOS ALERGIAS	OTC	NC
ZYRTEC COMPRIMIDOS MASTICABLES PARA NIÑOS	OTC	NC
ANTIHIISTAMÍNICOS - FENOTIAZINAS		
prometazina jarabe	-	2
prometazina COMPRIMIDOS (equiv. PHENERGAN)	-	2
prometazina supositorios (equiv. PHENERGAN)	-	3
PROMETHEGAN SUPOSITORIOS	-	3
ANTIHIISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS		
ciproheptadina jarabe	-	2
ciproheptadina comprimidos	-	2

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS Cont.		
INHIBIDORES DE LA ADENOSINA TRIFOSFATO-CITRATO LIASA (ACL)		
NEXLETOL COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - COMBINACIONES		
NEXLIZET COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3
ezetimiba/simvastatina comprimidos (equiv. VYTORIN) (QL= 1 comprimido/día (10-80 mg no cubierto))	QL	4
EZETIMIBA/ATORVASTATINA COMPRIMIDOS	-	NC
ezetimiba/simvastatina comprimidos 10-80 mg (equiv. VYTORIN)	-	NC
OMEGA-3 RX PAK COMPLETO	-	NC
ROSZET COMPRIMIDOS	-	NC
ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIMIBA/ROSUVASTATINA COMPRIMIDOS	-	NC
VYTORIN COMPRIMIDOS	-	NC
VYTORIN COMPRIMIDOS 10-80 MG	-	NC
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - MISC.		
ácido omega-3 etil esteres cápsulas (equiv. LOVAZA)	-	2
VASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	QL	3
icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA)	-	NC
KYNAMRO INYECTABLE	-	NC
LOVAZA CÁPSULAS	-	NC
SECUESTRANTES DE ÁCIDOS BILIARES		
colestiramina lite polvo (equiv. QUESTRAN LITE)	-	2
colestiramina lite polvo en paquete (equiv. QUESTRAN LITE)	-	2
colestiramina polvo (equiv. QUESTRAN)	-	2
colestiramina polvo en paquete (equiv. QUESTRAN)	-	2
colestipol comprimidos (equiv. COLESTID)	-	2
colesevelam paquete (equiv. WELCHOL)	-	3
colesevelam comprimido (equiv. WELCHOL)	-	3
colestipol gránulos (equiv. COLESTID)	-	4
colestipol polvo en paquete (equiv. COLESTID)	-	4
COLESTID GRÁNULOS	-	NC
COLESTID POLVO EN PAQUETE	-	NC
COLESTID COMPRIMIDOS	-	NC
QUESTRAN LITE POLVO	-	NC
QUESTRAN POLVO	-	NC
QUESTRAN POLVO EN PAQUETE	-	NC
WELCHOL PAQUETE	-	NC
WELCHOL COMPRIMIDOS	-	NC
DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
fenofibrato comprimidos 67 mg, 134 mg, 200 mg (equiv. LOFIBRA)	-	2
fenofibrato comprimidos 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg (equiv. TRICOR)	-	2
ácido fenofíbrico DR cápsulas (equiv. TRILIPIX)	-	2
gemfibrozilo comprimidos (equiv. LOPID)	-	2
FENOFIBRATO COMPRIMIDOS	-	4
FENOFÍBRICO COMPRIMIDOS, FIBRICOR COMPRIMIDOS	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS Cont.		
ANTARA CÁPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS	-	NC
ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS	-	NC
fenofibrato cápsulas 43 mg, 130 mg (equiv. ANTARA)	-	NC
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIPOFEN CÁPSULAS	-	NC
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIPOFEN CÁPSULAS 50 MG, 150 MG	-	NC
fenofibrato comprimidos 40 mg, 120 mg (equiv. FENOGLIDE)	-	NC
FENOGLIDE COMPRIMIDOS	-	NC
LOPID COMPRIMIDOS	-	NC
TRICOR COMPRIMIDOS	-	NC
TRIGLIDE COMPRIMIDOS	-	NC
TRILIPIX CÁPSULAS	-	NC
INHIBIDORES DE LA REDUCTASA H mg COA		
atorvastatina comprimidos (equiv. LIPITOR)	-	1
lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR)	-	1
pravastatina comprimidos (equiv. PRAVACHOL)	-	1
rosuvastatina comprimidos (equiv. CRESTOR)	-	1
simvastatina comprimidos (equiv. ZOCOR) (80 mg no está cubierto)	-	1
fluvastatina cápsulas (equiv. LESCOL)	-	3
pitavastatina cálcica comprimidos (equiv. LIVALO) (La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	ST	3
ATORVALIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
FLOLIPID SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
fluvastatina ER comprimidos (equiv. LESCOL XL)	-	4
LIVALO COMPRIMIDOS (La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	ST	4
ADVICOR COMPRIMIDOS	-	NC
ALTOPREV COMPRIMIDOS	-	NC
CRESTOR COMPRIMIDOS	-	NC
EZALLOR SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC
LESCOL XL COMPRIMIDOS	-	NC
LIPITOR COMPRIMIDOS	-	NC
SIMCOR COMPRIMIDOS	-	NC
simvastatina comprimidos 80 mg (equiv. ZOCOR) (esta concentración no está incluida en la cobertura)	-	NC
ZOCOR COMPRIMIDOS	-	NC
ZOCOR COMPRIMIDOS 80 mg	-	NC
ZYPITAMAG COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL		
ezetimiba comprimidos (equiv. ZETIA)	-	2
ZETIA COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA MICROSOMAL DE TRANSFERENCIA DE TRIGLICÉRIDOS (MTP)		
JUXTAPID CÁPSULAS	-	NC
DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO		
niacina ER comprimidos (equiv. NIASPAN)	-	2
NIACOR COMPRIMIDOS	-	NC
NIASPAN ER COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA PROPROTEÍNA CONVERTASA SUBTILISINA/KEXINA TIPO 9		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS Cont.		
REPATHA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere una prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere una prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3
PRALUENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	PA-QL	4

ANTIHIPERTENSIVOS

INHIBIDORES DE LA ACE

benazepril comprimidos (equiv. LOTENSIN)	-	2
enalapril comprimidos (equiv. VASOTEC)	-	2
fosinopril comprimidos (equiv. MONOPRIL)	-	2
lisinopril comprimidos (equiv. PRINIVIL/ZESTRIL)	-	2
moexipril comprimidos (equiv. UNIVASC)	-	2
PERINDOPRIL COMPRIMIDOS	-	2
perindopril comprimidos (equiv. ACEON)	-	2
quinapril comprimidos (equiv. ACCUPRIL)	-	2
ramipril cápsulas (equiv. ALTACE)	-	2
trandolapril comprimidos (equiv. MAVIK)	-	2
captopril comprimidos (equiv. CAPOTEN)	-	3
enalapril maleato solución oral (equiv. EPANED) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
EPANED SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
QBRELIS SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
ACCUPRIL COMPRIMIDOS	-	NC
ALTACE CÁPSULAS	-	NC
LOTENSIN COMPRIMIDOS	-	NC
MAVIK COMPRIMIDOS	-	NC
PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS	-	NC
VASOTEC COMPRIMIDOS	-	NC

AGENTES PARA FEOCROMOCITOMA

fenoxibenzamina cápsulas (equiv. DIBENZYLINE)	-	3
DEMSEER CÁPSULAS	-	NC
DIBENZYLINE CÁPSULAS	-	NC
metirosina cápsula (equiv. DEMSER)	-	NC

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

candesartán comprimidos (equiv. ATACAND)	-	2
irbesartán comprimidos (equiv. AVAPRO)	-	2
losartán comprimidos (equiv. COZAAR)	-	2
olmesartán comprimidos (equiv. BENICAR)	-	2
telmisartán comprimidos (equiv. MICARDIS)	-	2
valsartán comprimidos (equiv. DIOVAN)	-	2
ARBLI SUSPENSIÓN (QL= 330 mL/30 días; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA-QL	4
ATACAND COMPRIMIDOS	-	NC
AVAPRO COMPRIMIDOS	-	NC
BENICAR COMPRIMIDOS	-	NC
COZAAR COMPRIMIDOS	-	NC
DIOVAN COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIHIPERTENSIVOS Cont.		
EDARBI COMPRIMIDOS	-	NC
MICARDIS COMPRIMIDOS	-	NC
valsartán solución oral (equiv. VALSARTÁN)	-	NC
ANTIHIPERTENSIVOS ANTIADRENÉRGICOS		
clonidina comprimidos (equiv. CATAPRES)	-	2
doxazosina comprimidos (equiv. CARDURA)	-	2
guanfacina IR comprimidos (equiv. TENEX)	-	2
metildopa comprimidos (equiv. ALDOMET)	-	2
prazosina cápsulas (equiv. MINIPRESS)	-	2
terazosina cápsulas (equiv. HYTRIN)	-	2
clonidina parches (equiv. CATAPRES-TTS)	-	3
METILDOPA COMPRIMIDOS	-	4
CARDURA COMPRIMIDOS	-	NC
CATAPRES-TTS PARCHES	-	NC
MINIPRESS CÁPSULAS	-	NC
NEXICLON XR COMPRIMIDOS	-	NC
TEZRULY SOLUCIÓN	-	NC
COMBINACIONES ANTIHIPERTENSIVAS		
amlodipino/benazepril cápsulas (equiv. LOTREL)	-	2
atenolol/clortalidona comprimidos (equiv. TENORETIC)	-	2
benazepril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. a LOTENSIN HCT)	-	2
bisoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZIAC)	-	2
enalapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. VASERETIC)	-	2
fosinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MONOPRIL HCT)	-	2
irbesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. AVALIDE)	-	2
lisinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZESTORETIC)	-	2
losartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR)	-	2
olmesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. BENICAR HCT)	-	2
valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. DIOVAN HCT)	-	2
amlodipino/olmesartán comprimidos (equiv. AZOR COMPRIMIDOS)	-	3
amlodipino/valsartán comprimidos (equiv. EXFORGE)	-	3
CAPTOPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS	-	3
metoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOPRESSOR HCT)	-	3
telmisartán/amlodipino comprimidos (equiv. TWYNSTA)	-	3
TEKTURN HCT COMPRIMIDOS	-	4
ACCURETIC COMPRIMIDOS	-	NC
amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. EXFORGE HCT)	-	NC
ATACAND HCT COMPRIMIDOS	-	NC
AVALIDE COMPRIMIDOS	-	NC
BENICAR HCT COMPRIMIDOS	-	NC
BYVALSON COMPRIMIDOS	-	NC
candesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ATACAND HCT)	-	NC
DIOVAN HCT COMPRIMIDOS	-	NC
DUTOPROL COMPRIMIDOS	-	NC
EDARBYCLOR COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIHIPERTENSIVOS Cont.		
EXFORGE COMPRIMIDOS	-	NC
HYZAAR COMPRIMIDOS	-	NC
LOTENSIN HCT COMPRIMIDOS	-	NC
LOTREL CÁPSULAS	-	NC
MICARDIS HCT COMPRIMIDOS	-	NC
olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. TRIBENZOR COMPRIMIDOS)	-	NC
PRESTALIA COMPRIMIDOS	-	NC
QUINAPRIL/HCTZ COMPRIMIDOS	-	NC
quinapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ACCURETIC)	-	NC
TARKA COMPRIMIDOS	-	NC
TELMISARTÁN/AMLODIPINO COMPRIMIDOS	-	NC
telmisartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MICARDIS HCT)	-	NC
TENORETIC COMPRIMIDOS	-	NC
TRANDOLAPRIL/VERAPAMIL ER COMPRIMIDOS	-	NC
TRIBENZOR COMPRIMIDOS	-	NC
TWYNSTA COMPRIMIDOS	-	NC
VASERETIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZESTORETIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZIAC COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIHIPERTENSIVOS - MISC.		
VECAMYL COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA		
aliskiren comprimidos (equiv. TEKTRUNA)	-	3
TEKTRUNA COMPRIMIDOS	-	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
TRYVIO COMPRIMIDOS	-	NC
ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ALDOSTERONA (SARA)		
eplerenona comprimidos	-	2
(equiv. INSPRA)	-	NC
VASODILATADORES		
hidralazina comprimidos (equiv. APRESOLINE)	-	2
minoxidil comprimidos (equiv. LONITEN)	-	2
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.		
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.		
metronidazol comprimidos (equiv. FLAGYL)	-	2
tinidazol comprimidos (equiv. TINDAMAX)	-	2
TRIMETOPRIMA COMPRIMIDOS	-	2
trimetoprima comprimidos (equiv. PROLOPRIM)	-	2
pentamidina solución para nebulización (equiv. NEBUPENT)	-	3
XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 MG (QL = 60 comprimidos/30 días)	QL	3
FIRST METRONIDAZOL SUSPENSIÓN	-	4
PRIMSOL SOLUCIÓN	-	4
XIFAXAN COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 9 comprimidos/3 días)	QL	4
AEMCOLO COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. Cont.		
FLAGYL CÁPSULAS	-	NC
FLAGYL COMPRIMIDOS	-	NC
IMPAVIDO CÁPSULAS	-	NC
LIKMEZ SUSPENSIÓN	-	NC
metronidazol cápsulas (equiv. FLAGYL)	-	NC
METRONIDAZOL COMPRIMIDOS	-	NC
NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
TINDAMAX COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIINFECCIOSOS - MISC. - COMBINACIONES		
smz/tmp (DS) comprimidos (equiv. BACTRIM DS)	-	2
smz/tmp suspensión (equiv. BACTRIM, SEPTRA)	-	2
BACTRIM DS COMPRIMIDOS	-	NC
HYOPHEN COMPRIMIDOS	-	NC
UTA cápsulas	-	NC
AGENTES ANTIPROTOZOARIOS		
ALINIA SUSPENSIÓN (QL= 60 ml/3 días)	PA-QL	3
atovuona suspensión (equiv. MEPRON)	-	3
LAMPIT COMPRIMIDOS (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3
nitazoxanida comprimidos (equiv. ALINIA) (QL= 6 comprimidos/3 días)	PA-QL	3
ALINIA COMPRIMIDOS	-	NC
MEPRON SUSPENSIÓN	-	NC
CARBAPENÉMICOS		
meropenem inyectable (equiv. MERREM)	-	NC
VABOMERE INYECTABLE	-	NC
GLUCOPÉPTIDOS		
FIRVANQ SOLUCIÓN 25 MG/ML	-	2
FIRVANQ SOLUCIÓN 50 MG/ML	-	2
vancomicina cápsulas (equiv. VANCOCIN) (QL= 56 cápsulas/reposición)	QL	2
vancomicina clorhidrato solución (equiv. VANCOMICINA)	-	2
VANCOMICINA SOLUCIÓN ORAL	-	2
VANCOMICINA SOLUCIÓN	-	2
VANCOCIN CÁPSULAS	-	NC
LEPROSTÁTICOS		
dapsona comprimidos	-	2
LINCOSAMIDAS		
clindamicina cápsulas (equiv. CLEOCIN)	-	2
clindamicina solución (equiv. CLEOCIN)	-	3
CLEOCIN CÁPSULAS	-	NC
CLEOCIN SOLUCIÓN	-	NC
MONOBACTÁMICOS		
CAYSTON SOLUCIÓN PARA INHALAR (Restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas o Neumología; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-RS	5
OXAZOLIDINONAS		
linezolid suspensión (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC = Exclusión del plan	INF = Infertilidad	LD = Distribución limitada
M = Beneficio médico	MSP = Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC = De venta libre
PA = Autorización previa	QL = Límite de cantidad	RS = Restricción a especialistas
SF = Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG = Abandono del tabaquismo	ST = Terapia escalonada
VAC = Programa de vacunación	¢ = RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. Cont.		
linezolid comprimidos (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3
SIVEXTRO COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	QL-RS	3
ZYVOX SUSPENSIÓN	-	NC
ZYVOX COMPRIMIDOS	-	NC
PENEM		
ORLYNVAH COMPRIMIDOS	-	NC
PLEUROMUTILINAS		
XENLETA COMPRIMIDOS (QL= 14 comprimidos/180 días; restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas)	QL-RS	3
ANTIINFECCIOSOS URINARIOS		
mandelato de metenamina comprimidos	-	2
nitrofurantoína macrocristales cápsulas (equiv. MACRODANTIN)	-	2
nitrofurantoína monohidrato cápsulas (equiv. MACROBID)	-	2
hipurato de metenamina comprimidos (equiv. HIPREX)	-	3
fosfomicina trometamol polvo en paquete (equiv. MONUROL)	-	4
nitrofurantoína suspensión (equiv. FURADANTIN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
HIPREX COMPRIMIDOS	-	NC
MACROBID CÁPSULAS	-	NC
MACRODANTINA CÁPSULAS	-	NC
MACRODANTINA CÁPSULAS 25 MG	-	NC
MONUROL PAQUETE GRANULADO	-	NC
nitrofurantoína macrocristales cápsulas 25 mg (equiv. MACRODANTIN)	-	NC
NITROFURANTOÍNA SUSPENSIÓN	-	NC
ANTIMALÁRICOS		
COMBINACIONES ANTIMALÁRICAS		
atovuona/proguanil comprimidos (equiv. MALARONE)	-	2
COARTEM COMPRIMIDOS	-	4
MALARONE COMPRIMIDOS	-	NC
PIRIMETAMINA/LEUCOVORINA CÁPSULAS	-	NC
ANTIMALÁRICOS		
CLOROQUINA COMPRIMIDOS	-	2
cloroquina comprimidos (equiv. ARALEN)	-	2
hidroxicloroquina comprimidos (equiv. PLAQUENIL)	-	2
primaquina comprimidos (equiv. PRIMAQUINE)	-	2
pirimetamina comprimidos (equiv. DARAPRIM) (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	2
KRINTAFEL COMPRIMIDOS	-	3
mefloquina comprimidos (equiv. LARIAM)	-	3
ARAKODA COMPRIMIDOS	-	4
DARAPRIM COMPRIMIDOS	-	NC
PLAQUENIL COMPRIMIDOS	-	NC
PRIMAQUINE COMPRIMIDOS	-	NC
QUALAQUIN CÁPSULAS	-	NC
quinidina sulfato cápsulas (equiv. QUALAQUIN)	-	NC
SOVUNA COMPRIMIDOS	-	NC

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS Cont.

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS

piridostigmina comprimidos (equiv. MESTINON)	-	2
piridostigmina CR comprimidos (equiv. MESTINON)	-	3
GUANIDINA COMPRIMIDOS	-	4
piridostigmina solución (equiv. MESTINON)	-	4
FIRDAPSE COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA	5
MESTINON COMPRIMIDOS	-	NC
MESTINON TIMESPAN COMPRIMIDOS	-	NC
PIRIDOSTIGMINA COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC

AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS

COMBINACIONES ANTITUBERCULOSAS

RIFAMATE CÁPSULAS	-	3
RIFATER COMPRIMIDOS	-	4

AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS

isoniazida comprimidos	-	2
pirazinamida comprimidos	-	2
etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL)	-	3
PRETOMANID COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas)	QL-RS	3
PRIFTIN COMPRIMIDOS	-	3
rifabutina cápsulas (equiv. MYCOBUTIN)	-	3
rifampina cápsulas (equiv. RIFADIN)	-	3
isoniazida jarabe (equiv. ISONIAZIDA)	-	4
TRECTOR COMPRIMIDOS (Restringido a especialistas en Enfermedades infecciosas)	RS	4
SIRTURO COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas)	MSP-QL-RS	5
CAPASTAT INYECTABLE	M	6
CICLOSERINA CÁPSULAS	-	NC
MYAMBUTOL COMPRIMIDOS	-	NC
MYCOBUTIN CÁPSULAS	-	NC
PASER GRANULADO	-	NC
RIFADIN CÁPSULAS	-	NC

ANTINEOPLÁSICOS

ANTINEOPLÁSICOS MISC.

tretinoína cápsulas (equiv. VESANOID)	MSP	2
---------------------------------------	-----	---

INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I

HYCANTIN CÁPSULAS	MSP-PA	5
-------------------	--------	---

ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

AGENTES ALQUILANTES

temozolomida cápsulas (equiv. TEMODAR)	MSP	2
CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS	-	3
CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDOS	-	3
GLEOSTINE/LOMUSTINA CÁPSULAS	-	3
HEXALEN CÁPSULAS	-	3
MELFALÁN COMPRIMIDOS	-	3
MYLERAN COMPRIMIDOS	MSP	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
ZANOSAR INYECTABLE	M	6
ALKERAN INYECTABLE	-	NC
ALKERAN COMPRIMIDOS	-	NC
CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS	-	NC
LEUKERAN COMPRIMIDOS	-	NC
melfalán inyectable (equiv. ALKERAN)	-	NC
TEMODAR CÁPSULAS	-	NC
TREANDA INYECTABLE	-	NC
ANTIMETABOLITOS		
capecitabina comprimidos (equiv. XELODA)	MSP	2
metotrexato inyectable	-	2
metotrexato comprimidos (equiv. TREXALL)	-	2
mercaptopurina comprimidos (equiv. PURINETHOL)	-	3
TABLOID COMPRIMIDOS	-	3
mercaptopurina suspensión (equiv. PURIXAN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
fludarabina inyectable	-	NC
JYLAMVO SOLUCIÓN, XATMEP SOLUCIÓN	-	NC
METOTREXATO IV SOLUCIÓN	-	NC
ONUREG COMPRIMIDOS	-	NC
TREXALL COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA ANGIOGÉNESIS		
FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG (QL= 84 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG (QL= 21 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
INLYTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG (QL= 8 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
LENVIMA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS		
RITUXAN INYECTABLE	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES ANTI-HER2		
TUKYSA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
HERNEXEOS COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA BCL-2		
VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO (Únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA	5
VENCLEXTA COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA	5
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL EGFR		
erlotinib comprimidos (equiv. TARCEVA) (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5
erlotinib comprimidos 25 mg (equiv. TARCEVA) (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
gefitinib comprimidos (equiv. IRESSA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5
GILOTRIF COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
IRESSA COMPRIMIDOS	MSP-PA-QL-SF	5
LAZCLUZE COMPRIMIDOS	-	NC
TAGRISSO COMPRIMIDOS	-	NC
TARCEVA COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
VIZIMPRO COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG		
ERIVEDGE CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ODOMZO CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5
DAURISMO COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES HORMONALES Y RELACIONADOS		
anastrozol comprimidos (equiv. ARIMIDEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o mayores; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
exemestane comprimidos (equiv. AROMASIN) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o mayores; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
tamoxifeno comprimidos (equiv. NOLVADEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o mayores; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
abiraterona comprimidos 250 mg (equiv. ZYTIGA)	MSP	2
bicalutamida comprimidos (equiv. CASODEX)	-	2
letrozol comprimidos (equiv. FEMARA)	-	2
megestrol suspensión (equiv. MEGACE)	-	2
megestrol comprimidos (equiv. MEGACE)	-	2
nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON)	MSP	2
EMCYT CÁPSULAS	-	3
EULEXIN CÁPSULAS	-	3
FLUTAMIDA CÁPSULAS	-	3
flutamida cápsulas (equiv. EULEXIN)	-	3
toremifeno comprimidos (equiv. FARESTON)	-	3
ERLEADA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
leuprolida inyectable (equiv. LUPRON)	INF-MSP	5
LUPRON DEPOT INYECTABLE	MSP	5
LYSODREN COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD	5
NUBEQA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ORGOVYX COMPRIMIDOS (QL= 30 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
acetato de abiraterona comprimidos 500 mg (equiv. ZYTIGA)	-	NC
AKEEGA COMPRIMIDOS	-	NC
ARIMIDEX COMPRIMIDOS	-	NC
AROMASIN COMPRIMIDOS	-	NC
CASODEX COMPRIMIDOS	-	NC
FARESTON COMPRIMIDOS	-	NC
FEMARA COMPRIMIDOS	-	NC
CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA INYECTABLE	-	NC
LUPRON DEPOT INYECTABLE	-	NC
ORSERDU COMPRIMIDOS	-	NC
ORSERDU COMPRIMIDOS 345 MG	-	NC
XTANDI CÁPSULAS	-	NC
XTANDI COMPRIMIDOS 40 MG	-	NC
XTANDI COMPRIMIDOS 80 MG	-	NC
YONSA COMPRIMIDOS	-	NC
ZYTIGA COMPRIMIDOS 250 MG	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
ZYTIGA COMPRIMIDOS 500 mg ANTINEOPLÁSICO - INHIBIDORES DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA	-	NC
WELIREG COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/ días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633) ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOMODULADORES	LD-PA-QL	5
POMALYST CÁPSULAS (QL= 21 cápsulas/28 días) ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MENINA	MSP-PA-QL	5
REVUFORJ COMPRIMIDOS ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE PDGFR-ALFA	-	NC
AYVAKIT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306) ANTINEOPLÁSICOS - ACTIVADORES DE LA PROTEASA	LD-PA-QL-SF	5
MODEYSO CÁPSULAS ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA XPO1	-	NC
XPOVIO PAK (QL= 32 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633) COMBINACIONES ANTINEOPLÁSICAS	LD-PA-QL-SF	5
KISQALI PAK (QL= 91 comprimidos/28 días)	MSP-PA-QL	5
LONSURF COMPRIMIDOS	MSP-PA	5
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK	-	NC
INQOVI COMPRIMIDOS ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS	-	NC
dasatinib comprimidos (equiv. SPRYCEL)	MSP-PA	2
everolimus comprimidos (equiv. AFINITOR) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2
everolimus comprimidos para suspensión oral (equiv. AFINITOR DISPERZ) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2
imatinib comprimidos (equiv. GLEEVEC)	MSP	2
lapatinib ditosilato comprimidos (equiv. TYKERB)	MSP-PA	2
nilotinib hcl cápsulas (equiv. TASIGNA)	MSP-PA	2
pazopanib comprimidos (equiv. VOTRIENT) (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2
sorafenib tosilato comprimidos (equiv. NEXAVAR)	MSP-PA	2
sunitinib malato cápsulas (equiv. SUTENT) (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	2
ALECENSA CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 mg, 180 mg (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
AUGTYRO CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5
BOSULIF CÁPSULAS	MSP-PA	5
BOSULIF COMPRIMIDOS	MSP-PA-SF	5
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
BRUKINSA CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
CABOMETYX COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase**

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
CALQUENCE COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306, Onco360 877-662-6633 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
COMETRIQ KIT (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5
COPIKTRA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
COTELLIC COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
everolimus comprimidos 5 mg (equiv. AFINITOR) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
GAVRETO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144)	LD-PA-SF	5
IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg (QL= 1 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
IMBRUVICA SUSPENSIÓN (QL= 6 ml/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
JAKAFI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
JAYPIRCA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
KISQALI COMPRIMIDOS (QL= 63 comprimidos/28 días)	MSP-PA-QL	5
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG (QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
KRAZATI COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
LYNPARZA COMPRIMIDOS (QL = 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767 u Optum 877-445-6874)	LD-PA-QL-SF	5
LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA (QL= 5 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
MEKINIST SOLUCIÓN	MSP-PA	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
MEKTOVI COMPRIMIDOS (QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
NERLYNX COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5
NINLARO CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de Diplomat 877-977-9118, Walgreens 888-347-3416, Walmart Specialty 877-453-4566)	LD-PA	5
OJJAARA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
PEMAZYRE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
PIQRAY COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-SF	5
QINLOCK COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
RETEVMO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
RETEVMO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
REZLIDHIA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
ROZLYTREK CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5
ROZLYTREK PAK (QL= 6 paquetes/día)	MSP-PA-QL	5
RUBRACA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA-QL-SF	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo		
M	Exclusión del plan	INF	Distribución limitada
PA	Beneficio médico	MSP	De venta libre
SF	Autorización previa	QL	Restricción a especialistas
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase**

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
RYDAPT CÁPSULAS (QL= 56 cápsulas/28 días)	MSP-PA-QL	5
SCEMBLIX COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
STIVARGA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
TABRECTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
TAFINLAR CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5
TAFINLAR COMPRIMIDOS	MSP-PA	5
TALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5
TAZVERIK COMPRIMIDOS (QL= 8 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
TIBSOVO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
TRUQAP COMPRIMIDOS (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
TURALIO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
VANFLYTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
VERZENIO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5
VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5
VITRAKVI SOLUCIÓN (QL= 10 ml/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5
VONJO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
XALKORI CÁPSULAS (QL = 2 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
XALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
XOSPATA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
ZEJULA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5
ZEJULA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5
ZELBORAF COMPRIMIDOS (QL= 8 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
ZOLINZA CÁPSULAS	MSP-PA-SF	5
ZYDELIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5
ZYKADIA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ZYKADIA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
AFINITOR DISPERZ COMPRIMIDOS	-	NC
AFINITOR COMPRIMIDOS	-	NC
ALUNBRIG PAK	-	NC
BRUKINSA COMPRIMIDOS	-	NC
DANZITEN COMPRIMIDOS	-	NC
ENSACOVE CÁPSULAS	-	NC
FOTIVDA CÁPSULAS	-	NC
GLEEVEC COMPRIMIDOS	-	NC
GOMEKLI CÁPSULAS	-	NC
GOMEKLI COMPRIMIDOS	-	NC
IBRANCE CÁPSULAS	-	NC
IBRANCE COMPRIMIDOS	-	NC
IBTROZI COMPRIMIDOS	-	NC
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 140 MG	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 280 MG	-	NC
IMKELD SOLUCIÓN	-	NC
INREBIC CÁPSULAS	-	NC
ITOVEBI COMPRIMIDOS	-	NC
KOSELUGO CÁPSULAS	-	NC
LUMAKRAS COMPRIMIDOS	-	NC
LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG	-	NC
LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG	-	NC
NEXAVAR COMPRIMIDOS	-	NC
NILOTINIB CÁPSULAS	-	NC
OGSIVEO COMPRIMIDOS	-	NC
OGSIVEO COMPRIMIDOS 50 MG	-	NC
OJEMDA SUSPENSIÓN	-	NC
OJEMDA COMPRIMIDOS	-	NC
ROMVIMZA CÁPSULAS	-	NC
SPRYCEL COMPRIMIDOS	-	NC
SUTENT CÁPSULAS	-	NC
TALZENNA CÁPSULAS 0.1 MG	-	NC
TALZENNA CÁPSULAS 0.35 MG	-	NC
TASIGNA CÁPSULAS	-	NC
TEPMETKO COMPRIMIDOS	-	NC
TYKERB COMPRIMIDOS	-	NC
VORANIGO COMPRIMIDOS	-	NC
VORANIGO COMPRIMIDOS 10 MG	-	NC
VOTRIENT COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS MISC.		
bexaroteno cápsulas (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2
hidroxiurea cápsulas (equiv. HYDREA)	-	2
MATULANE CÁPSULAS	-	3
ACTIMMUNE INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
ALFERON-N INYECTABLE	MSP	5
BESREMI INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
INTRON-A INYECTABLE	MSP	5
HYDREA CÁPSULAS	-	NC
SYLATRON INYECTABLE	-	NC
TARGRETIN CÁPSULAS	-	NC
RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
LEUCOVORIN COMPRIMIDOS	-	2
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS/PROTECTORES PARA QUIMIOTERAPIA		
mesna comprimidos (equiv. MESNEX)	MSP	2
MESNEX COMPRIMIDOS	MSP	5
IWILFIN COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES MITÓTICOS		
ETOPÓSIDO CÁPSULAS	MSP	5

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS Cont.		
COADYUVANTES ANTIPARKINSONIANOS		
carbidopa comprimidos (equiv. LODOSYN)	-	3
LODOSYN COMPRIMIDOS	-	NC
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
benztropina comprimidos	-	2
trihexifenidilo comprimidos (equiv. ARTANE)	-	2
INHIBIDORES DE LA COMT ANTIPARKINSONIANOS		
entacapona comprimidos (equiv. COMTAN)	-	3
tolcapona comprimidos (equiv. TASMAR)	-	4
COMTAN COMPRIMIDOS	-	NC
TASMAR COMPRIMIDOS	-	NC
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
amantadina cápsulas (equiv. SYMMETREL)	-	2
amantadina jarabe (equiv. SYMMETREL)	-	2
carbidopa/levodopa ER comprimidos (equiv. SINEMET CR)	-	2
carbidopa/levodopa ODT (equiv. PARCOPA)	-	2
carbidopa/levodopa comprimidos (equiv. SINEMET)	-	2
pramipexol comprimidos (equiv. MIRAPEX)	-	2
ropinirol comprimidos (equiv. REQUIP)	-	2
amantadina comprimidos	-	3
bromocriptina cápsulas (equiv. PARLODEL)	-	3
bromocriptina comprimidos (equiv. PARLODEL)	-	3
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONA comprimidos (equiv. STALEVO)	-	3
ropinirol ER comprimidos (equiv. REQUIP XL)	-	3
NEUPRO PARCHES	-	4
pramipexol ER comprimidos (equiv. MIRAPEX ER)	-	4
CREXONT CÁPSULAS, RYTARY CÁPSULAS	-	NC
DUOPA ENTERAL SUSPENSIÓN	-	NC
GOCOVRI CÁPSULAS	-	NC
MIRAPEX ER COMPRIMIDOS	-	NC
MIRAPEX COMPRIMIDOS	-	NC
PARLODEL CÁPSULAS	-	NC
PARLODEL COMPRIMIDOS	-	NC
REQUIP COMPRIMIDOS	-	NC
REQUIP XL COMPRIMIDOS	-	NC
SINEMET CR COMPRIMIDOS	-	NC
SINEMET COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA ANTIPARKINSONIANOS		
selegilina cápsulas (equiv. ELDEPRYL)	-	2
selegilina comprimidos (equiv. ELDEPRYL)	-	2
rasagilina comprimidos (equiv. AZILECT)	-	3
XADAGO COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
AZILECT COMPRIMIDOS	-	NC
ELDEPYRL CÁPSULAS	-	NC
ZELAPAR ODT	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA		
COADYUVANTES ANTIPARKINSONIANOS		
NOURIANZ COMPRIMIDOS	-	NC
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
trihexifenidilo elixir (equiv. ARTANE)	-	2
TRIHEXIFENIDILO SOLUCIÓN	-	2
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
amantadina solución (equiv. AMANTADINA)	-	2
CARBIDOPA/LEVODOPA ODT	-	2
carbidopa-levodopa-entacapona comprimidos (equiv. STALEVO)	-	3
INBRIJA POLVO INHALABLE (QL= 10 cápsulas/día)	PA-QL	4
STALEVO COMPRIMIDOS	-	4
APOKYN INYECTABLE	-	NC
apomorfina inyectable (equiv. APOKYN)	-	NC
DHIVY COMPRIMIDOS	-	NC
KYNMOBI PELÍCULA	-	NC
KYNMOBI KIT CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC
ONAPGO INYECTABLE	-	NC
OSMOLEX ER COMPRIMIDOS	-	NC
VYALEV INYECTABLE	-	NC
ANTIPSIÓTICOS/ANTIMANÍACOS		
AGENTES ANTIMANÍACOS		
CARBONATO DE LITIO CÁPSULAS	-	2
carbonato de litio cápsulas (equiv. ESKALITH ER)	-	2
carbonato de litio ER comprimidos (equiv. LITHOBID)	-	2
carbonato de litio comprimidos	-	2
litio solución oral (equiv. LITIO)	-	NC
LITHOBID COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIPSIÓTICOS - MISC.		
lurasidona hcl comprimidos (equiv. LATUDA)	-	2
ziprasidona cápsulas (equiv. GEODON)	-	2
EQUETRO CÁPSULAS	-	3
CAPLYTA CÁPSULAS	-	NC
GEODON CÁPSULAS	-	NC
LATUDA COMPRIMIDOS	-	NC
NUPLAZID CÁPSULAS	-	NC
NUPLAZID COMPRIMIDOS	-	NC
VRAYLAR CÁPSULAS	-	NC
VRAYLAR PACK	-	NC
BENZISOXAZOLES		
risperidona solución (equiv. RISPERDAL)	-	2
risperidona comprimidos (equiv. RISPERDAL)	-	2
paliperidona ER comprimidos (equiv. INVEGA)	-	3
RISPERDAL INYECTABLE	-	3
risperidona microesferas inyectable (equiv. RISPERDAL)	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS Cont.		
RISPERIDONA ODT	-	3
risperidona ODT (equiv. RISPERDAL M)	-	3
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE	-	4
INVEGA TRINZA INYECTABLE	-	4
ERZOFRI INYECTABLE 117 MG/0.75 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 156 MG/ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 234 MG/1.5 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 351 MG/2.25 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 39 MG/0.25 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 78 MG/0.5 ML	-	NC
FANAPT COMPRIMIDOS	-	NC
FANAPT BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC
FANAPT BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS 1 MG/2 MG/6 MG/8 MG	-	NC
INVEGA COMPRIMIDOS	-	NC
RISPERDAL M ODT	-	NC
RISPERDAL SOLUCIÓN	-	NC
RISPERDAL COMPRIMIDOS	-	NC
BUTIROFENONAS		
haloperidol lactato concentrado (equiv. HALDOL)	-	2
haloperidol comprimidos (equiv. HALDOL)	-	2
haloperidol decanoato inyectable (equiv. HALDOL)	-	3
haloperidol lactato inyectable (equiv. HALDOL)	-	3
DIBENZAPINAS		
loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE)	-	2
olanzapina comprimidos (equiv. ZYPREXA)	-	2
quetiapina comprimidos (equiv. SEROQUEL)	-	2
quetiapina XR comprimidos (equiv. SEROQUEL XR)	-	2
asenapina maleato comprimido sublingual (equiv. SAPHRIS) (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3
clozapina comprimidos (equiv. CLOZARIL)	-	3
olanzapina ODT (equiv. ZYPREXA)	-	3
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE	-	4
ADASUVE INHALADOR	-	NC
CLOZAPINA ODT	-	NC
clozapina ODT comprimidos (equiv. CLOZAPINA, FAZACLO)	-	NC
CLOZAPINA ODT, FAZACLO ODT	-	NC
CLOZARIL COMPRIMIDOS	-	NC
FAZACLO ODT 12.5 mg, 25 mg, 100 mg	-	NC
QUETIAPINA COMPRIMIDOS	-	NC
SAPHRIS SL COMPRIMIDOS	-	NC
SECUADO PARCHES	-	NC
SEROQUEL COMPRIMIDOS	-	NC
SEROQUEL XR COMPRIMIDOS	-	NC
VERSACLOZ SUSPENSIÓN	-	NC
ZYPREXA COMPRIMIDOS	-	NC
ZYPREXA ZYDIS COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS Cont.

DIHIDROINDOLONAS

MOLINDONA COMPRIMIDOS	-	NC
-----------------------	---	----

AGENTES MUSCARÍNICOS

COBENFY CÁPSULAS	-	NC
------------------	---	----

COBENFY CÁPSULAS PAQUETE DE INICIO	-	NC
------------------------------------	---	----

FENOTIAZINAS

clorpromazina comprimidos (equiv. THORAZINE)	-	2
--	---	---

flufenazina comprimidos (equiv. PROLIXIN)	-	2
---	---	---

perfenazina comprimidos (equiv. TRILAFON)	-	2
---	---	---

proclorperazina supositorios (equiv. COMPAZINE)	-	2
---	---	---

proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINE)	-	2
--	---	---

tioridazina clorhidrato comprimidos (equiv. THIORIDAZINE)	-	2
---	---	---

trifluoperazina comprimidos (equiv. STELAZINE)	-	2
--	---	---

flufenazina decanoato inyectable	-	3
----------------------------------	---	---

CHLORPROMAZINE CONC	-	NC
---------------------	---	----

DERIVADOS DE LA QUINOLONA

aripirazol comprimidos (equiv. ABILIFY)	-	2
---	---	---

ABILIFY MAINTENA INYECTABLE	-	4
-----------------------------	---	---

aripirazol solución (equiv. ABILIFY)	PA	4
--------------------------------------	----	---

ARISTADA INYECTABLE	-	4
---------------------	---	---

REXULTI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
--	-------	---

ABILIFY ASIMTUFII INYECTABLE 720 MG/2.4 ML (aripirazol suspensión inyectable de liberación prolongada en jeringa precargada equivalente)	-	NC
--	---	----

ABILIFY ASIMTUFII INYECTABLE 960 MG/3.2 ML (equiv. aripirazol suspensión inyectable de liberación prolongada en jeringa precargada)	-	NC
---	---	----

ABILIFY MYCITE PAQUETE	-	NC
------------------------	---	----

ABILIFY MYCITE COMPRIMIDOS	-	NC
----------------------------	---	----

ABILIFY COMPRIMIDOS	-	NC
---------------------	---	----

aripirazol ODT (equiv. ABILIFY)	-	NC
---------------------------------	---	----

OPIPZA PELÍCULA	-	NC
-----------------	---	----

TIOXANTENOS

tiotixeno cápsulas (equiv. NAVANE)	-	2
------------------------------------	---	---

ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

HYLAMEND GEL PRIMEROS AUXILIOS	-	NC
--------------------------------	---	----

ANTISÉPTICOS CON IODO

IODOFLEX APÓSITOS	-	NC
-------------------	---	----

ANTIVIRALES

ANTIRRETROVIRALES

APREUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año)	PA-QL	1
-------------------------------------	-------	---

DESCOVY COMPRIMIDOS	PA	1
---------------------	----	---

emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato comprimidos (equiv. TRUVADA)	-	1
--	---	---

abacavir comprimidos (equiv. ZIAGEN)	-	2
--------------------------------------	---	---

abacavir/lamivudina comprimidos (equiv. EPZICOM)	-	2
--	---	---

atazanavir cápsulas (equiv. REYATAZ)	-	2
--------------------------------------	---	---

didanosina DR cápsulas (equiv. VIDEX EC)	-	2
--	---	---

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIVIRALES Cont.		
efavirenz comprimidos (equiv. SUSTIVA)	-	2
emtricitabina cápsulas (equiv. EMTRIVA)	-	2
etravirina comprimidos (equiv. INTELENCE)	-	2
lamivudina solución (equiv. EPIVIR)	-	2
lamivudina comprimidos (equiv. EPIVIR)	-	2
lamivudina/zidovudina comprimidos (equiv. COMBIVIR)	-	2
lopinavir/ritonavir comprimidos (equiv. KALETRA)	-	2
maraviroc comprimidos (equiv. SELZENTRY)	-	2
nevirapina ER comprimidos (equiv. VIRAMUNE XR)	-	2
nevirapina comprimidos (equiv. VIRAMUNE)	-	2
ritonavir comprimidos (equiv. NORVIR)	-	2
STAVUDINE CÁPSULAS	-	2
estavudina cápsulas (equiv. ZERIT)	-	2
tenofovir disoproxilo fumarato comprimidos (equiv. VIREAD)	-	2
zidovudina cápsulas (equiv. RETROVIR)	-	2
zidovudina jarabe (equiv. RETROVIR)	-	2
zidovudina comprimidos (equiv. RETROVIR)	-	2
CIMDUO COMPRIMIDOS	-	3
darunavir comprimidos (equiv. PREZISTA)	-	3
DELSTRIGO COMPRIMIDOS	-	3
DOVATO COMPRIMIDOS	-	3
EDURANT PED COMPRIMIDOS	-	3
EDURANT COMPRIMIDOS	-	3
efavirenz/emtricitabina/tenofovir df comprimidos (equiv. ATRIPLA)	-	3
efavirenz/lamivudina/tenofovir df (lo) comprimidos (equiv. SYMFI [LO])	-	3
EFAVIRENZ/LAMIVUDINA/TENOFOVIR COMPRIMIDOS	-	3
emtricitabina-rilpivirina-tenofovir df comprimidos (equiv. COMPLERA)	-	3
EVOTAZ COMPRIMIDOS	-	3
ISENTRESS (HD) COMPRIMIDOS	-	3
NEVIRAPINA ER COMPRIMIDOS	-	3
PREZCOBIX COMPRIMIDOS	-	3
PREZISTA COMPRIMIDOS	-	3
TIVICAY PD COMPRIMIDOS	-	3
TIVICAY COMPRIMIDOS	-	3
TYBOST COMPRIMIDOS	-	3
COMPLERA COMPRIMIDOS	-	4
ISENTRESS COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4
ISENTRESS POLVO EN PAQUETE	-	4
NORVIR CÁPSULAS	-	4
NORVIR POLVO EN PAQUETE	-	4
NORVIR SOLUCIÓN	-	4
abacavir solución (equiv. ZIAGEN)	-	5
abacavir/lamivudina/zidovudina comprimidos (equiv. TRIZIVIR)	-	5
APTIVUS CÁPSULAS	-	5
APTIVUS SOLUCIÓN	-	5
CRIXIVAN CÁPSULAS	-	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIVIRALES Cont.		
DIDANOSINA CÁPSULAS, VIDEX EC CÁPSULAS	-	5
EFAVIRENZ CÁPSULAS	-	5
EMTRIVA SOLUCIÓN	-	5
fosamprenavir comprimidos (equiv. LEXIVA)	-	5
INTELENCE COMPRIMIDOS	-	5
INVIRASE CÁPSULAS	-	5
INVIRASE COMPRIMIDOS	-	5
JULUCA TAB	-	5
KALETRA COMPRIMIDOS	-	5
LEXIVA SUSPENSIÓN	-	5
lopinavir/ritonavir solución (equiv. KALETRA)	-	5
NEVIRAPINA SUSPENSIÓN	-	5
PIFELTRO COMPRIMIDOS	-	5
PREZISTA SUSPENSIÓN	-	5
RESCRIPTOR COMPRIMIDOS	-	5
REYATAZ POLVO EN PAQUETE	-	5
SELZENTRY SOLUCIÓN	-	5
SELZENTRY COMPRIMIDOS	-	5
VIDEX EC CÁPSULAS	-	5
VIDEX SOLUCIÓN	-	5
VIRACEPT COMPRIMIDOS	-	5
VIREAD COMPRIMIDOS	-	5
ATRIPLA COMPRIMIDOS	-	NC
BIKTARVY COMPRIMIDOS	-	NC
CABENUVA IM SUSPENSIÓN	-	NC
CABENUVA SUSPENSIÓN 600 MG-900 MG/3 ML	-	NC
COMBIVIR COMPRIMIDOS	-	NC
EMTRIVA CÁPSULAS	-	NC
EPIVIR SOLUCIÓN	-	NC
EPIVIR COMPRIMIDOS	-	NC
EPZICOM COMPRIMIDOS	-	NC
FUZEON INYECTABLE	-	NC
GENVOYA COMPRIMIDOS	-	NC
KALETRA SOLUCIÓN	-	NC
LEXIVA COMPRIMIDOS	-	NC
NORVIR COMPRIMIDOS	-	NC
ODEFSEY COMPRIMIDOS	-	NC
PREZISTA COMPRIMIDOS	-	NC
RETROVIR CÁPSULAS	-	NC
RETROVIR JARABE	-	NC
RETROVIR COMPRIMIDOS	-	NC
REYATAZ CÁPSULAS	-	NC
RUKOBIA ER COMPRIMIDOS	-	NC
STRIBILD COMPRIMIDOS	-	NC
SUNLENCA INYECTABLE	-	NC
SUNLENCA COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIVIRALES Cont.		
SUNLENCA COMPRIMIDOS 300 MG	-	NC
SUSTIVA CÁPSULAS	-	NC
SUSTIVA COMPRIMIDOS	-	NC
SYMFI (LO) COMPRIMIDOS	-	NC
SYMTUZA COMPRIMIDOS	-	NC
TRIUMEQ PD COMPRIMIDOS	-	NC
TRIUMEQ COMPRIMIDOS	-	NC
TRIZIVIR COMPRIMIDOS	-	NC
VIRAMUNE SUSPENSIÓN	-	NC
VIRAMUNE COMPRIMIDOS	-	NC
VIRAMUNE XR COMPRIMIDOS	-	NC
VIREAD COMPRIMIDOS	-	NC
VOCABRIA COMPRIMIDOS	-	NC
YEZTUGO INYECTABLE	-	NC
YEZTUGO COMPRIMIDOS	-	NC
ZERIT CÁPSULAS	-	NC
ZIAGEN SOLUCIÓN	-	NC
ZIAGEN COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA EL CMV		
valganciclovir solución (equiv. VALCYTE)	-	3
valganciclovir comprimidos (equiv. VALCYTE)	-	3
LIVTENCITY COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
PREVYMIS PAK (QL= 4 paquetes/día; límite 800 paquetes/365 días)	MSP-PA-QL	5
PREVYMIS COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día; límite 200 comprimidos/365 días)	MSP-PA-QL	5
VALCYTE SOLUCIÓN	-	NC
VALCYTE COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA HEPATITIS		
lamivudina comprimidos 100 mg (equiv. EPIVIR HBV)	-	2
RIBAVIRINA CÁPSULAS	MSP	2
ribavirina cápsulas (equiv. REBETOL)	MSP	2
RIBAVIRINA COMPRIMIDOS	MSP	2
adefovir dipivoxilo comprimidos (equiv. HEPSERA)	-	3
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	3
MAVYRET PAQUETE (QL= 5 paquetes/día)	MSP-PA-QL	3
MAVYRET COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	3
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	3
VELLDY COMPRIMIDOS	-	3
entecavir comprimidos (equiv. BARACLUDE) (QL= 1 comprimido/día)	QL	5
EPIVIR HBV SOLUCIÓN	-	5
PEGASYS INYECTABLE	MSP	5
PEG-INTRON INYECTABLE	MSP	5
BARACLUDE SOLUCIÓN	-	NC
BARACLUDE COMPRIMIDOS	-	NC
EPCLUSA PAK	-	NC
EPCLUSA COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIVIRALES Cont.		
HARVONI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC
HARVONI COMPRIMIDOS	-	NC
SOVALDI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC
SOVALDI COMPRIMIDOS	-	NC
VOSEVI COMPRIMIDOS	-	NC
ZEPATIER COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA EL HERPES		
aciclovir cápsulas (equiv. ZOVIRAX)	-	2
aciclovir suspensión (equiv. ZOVIRAX)	-	2
aciclovir comprimidos (equiv. ZOVIRAX)	-	2
valaciclovir comprimidos (equiv. VALTREX)	-	2
famciclovir comprimidos (equiv. FAMVIR)	-	3
SITAVIG COMPRIMIDOS	-	NC
VALTREX COMPRIMIDOS	-	NC
ZOVIRAX CÁPSULAS	-	NC
ZOVIRAX SUSPENSIÓN	-	NC
ZOVIRAX COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIGRIPALES		
oseltamivir cápsulas (equiv. TAMIFLU) (QL= 10 cápsulas/reposición)	QL	2
oseltamivir cápsulas 30 mg (equiv. TAMIFLU) (QL= 20 cápsulas/reposición)	QL	2
oseltamivir suspensión (equiv. TAMIFLU) (QL= 250 ml/reposición)	QL	3
RELENZA DISKHALER (QL= 1 inhalador/reposición)	QL	3
RIMANTADINA COMPRIMIDOS	-	4
XOFLUZA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/reposición)	QL	4
FLUMADINE COMPRIMIDOS	-	NC
TAMIFLU CÁPSULAS	-	NC
TAMIFLU CÁPSULAS 30 MG	-	NC
MISC. ANTIVIRALES		
LAGEVRIO CÁPSULAS (EUA) (QL= 40 cápsulas/reposición)	QL	3
LAGEVRIO CÁPSULAS 200 MG (QL= 40 cápsulas/reposición)	QL	3
AGENTES CONTRA EL VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO (VSR)		
ribavirina solución para inhalación (equiv. VIRAZOLE)	-	NC
CLASES SURTIDAS		
AGENTES QUELANTES		
D-PENAMINE COMPRIMIDOS	-	3
INMUNOMODULADORES		
THALOMID CÁPSULAS	MSP-PA	5
INMUNOSUPRESORES		
azatioprina comprimidos (equiv. IMURAN)	-	2
tacrolimús cápsulas (equiv. PROGRAF)	-	2
ciclosporina cápsulas (equiv. SANDIMMUNE)	-	5
ciclosporina modificada cápsulas (equiv. NEORAL)	-	5
ciclosporina modificada solución (equiv. NEORAL)	-	5
micofenolato DR comprimidos (equiv. MYFORTIC)	-	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
CLASES SURTIDAS Cont.		
micofenolato de mofetilo cápsulas (equiv. CELLCEPT)	-	5
micofenolato de mofetilo suspensión (equiv. CELLCEPT SUSPENSIÓN)	-	5
micofenolato de mofetilo comprimidos (equiv. CELLCEPT)	-	5
SANDIMMUNE SOLUCIÓN 100 MG/ML	-	5
sirolimús comprimidos (equiv. RAPAMUNE)	-	5
CELLCEPT CÁPSULAS	-	NC
CELLCEPT SUSPENSIÓN	-	NC
CELLCEPT COMPRIMIDOS	-	NC
ENVARUS XR COMPRIMIDOS	-	NC
IMURAN COMPRIMIDOS	-	NC
MYFORTIC COMPRIMIDOS	-	NC
NEORAL CÁPSULAS	-	NC
NEORAL SOLUCIÓN	-	NC
PROGRAF CÁPSULAS	-	NC
RAPAMUNE COMPRIMIDOS	-	NC
SANDIMMUNE CÁPSULAS	-	NC
RESINAS REMOVEDORAS DE POTASIO		
poliestireno de sodio suspensión (equiv. SPS)	-	2
poliestireno de sodio polvo (equiv. KAYEXALATE)	-	3
VELTASSA POLVO (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3
BETA BLOQUEADORES		
ALFA-BETA BLOQUEADORES		
carvedilol comprimidos (equiv. COREG)	-	2
labetalol comprimidos (equiv. NORMODYNE)	-	2
carvedilol fosfato ER cápsulas (equiv. COREG CR)	-	NC
COREG CR CÁPSULAS	-	NC
COREG COMPRIMIDOS	-	NC
LABETALOL COMPRIMIDOS	-	NC
BETA BLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS		
acebutolol cápsulas (equiv. SECTRAL)	-	2
atenolol comprimidos (equiv. TENORMIN)	-	2
betaxolol comprimidos (equiv. KERLONE)	-	2
bisoprolol comprimidos (equiv. ZEBETA)	-	2
metoprolol ER comprimidos (equiv. TOPROL XL)	-	2
metoprolol comprimidos (equiv. LOPRESSOR)	-	2
nebivolol hcl comprimidos (equiv. BYSTOLIC)	-	2
BISOPROLOL FUMARATO COMPRIMIDOS	-	NC
BYSTOLIC COMPRIMIDOS	-	NC
KAPSPARGO CÁPSULAS	-	NC
KERLONE COMPRIMIDOS	-	NC
LOPRESSOR SOLUCIÓN	-	NC
LOPRESSOR COMPRIMIDOS	-	NC
TENORMIN COMPRIMIDOS	-	NC
TOPROL XL COMPRIMIDOS	-	NC
BETA BLOQUEADORES NO SELECTIVOS		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Exclusión del plan	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
BETA BLOQUEADORES Cont.		
pindolol comprimidos (equiv. VISKEN)	-	2
propranolol ER cápsulas (equiv. INDERAL LA)	-	2
PROPRANOLOL SOLUCIÓN	-	2
PROPRANOLOL SOLUCIÓN 20 MG/5 ML	-	2
propranolol comprimidos (equiv. INDERAL)	-	2
sotalol AF comprimidos (equiv. BETAPACE AF)	-	2
sotalol comprimidos (equiv. BETAPACE)	-	2
timolol maleato comprimidos (equiv. BLOCADREN)	-	2
nadolol comprimidos (equiv. CORGARD)	-	3
BETAPACE AF COMPRIMIDOS	-	NC
BETAPACE COMPRIMIDOS	-	NC
CORGARD comprimidos	-	NC
HEMANGEOL SOLUCIÓN	-	NC
INDERAL LA CÁPSULAS	-	NC
INDERAL XL CÁPSULAS, INNOPRAN XL CÁPSULAS	-	NC
SOTYLIZE SOLUCIÓN	-	NC
SOTYLIZE SOLUCIÓN 5 MG/ML	-	NC

BIOLÓGICOS MISC.

EXTRACTOS ALERGÉNICOS

GRASTEK SL COMPRIMIDOS	-	NC
ORALAIR SL COMPRIMIDOS	-	NC
RAGWITEK SL COMPRIMIDOS	-	NC

BIOLÓGICOS MISC.

ADAGEN INYECTABLE	-	NC
-------------------	---	----

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

CONSENSI COMPRIMIDOS	-	NC
----------------------	---	----

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

amlodipina comprimidos (equiv. NORVASC)	-	2
diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM CD)	-	2
diltiazem ER cápsulas (equiv. DILACOR XR)	-	2
diltiazem ER cápsulas (equiv. TIAZAC)	-	2
diltiazem comprimidos (equiv. CARDIZEM)	-	2
felodipina ER comprimidos (equiv. PLENDIL)	-	2
isradipina cápsulas (equiv. DYNACIRC)	-	2
nifedipino cápsulas (equiv. PROCARDIA)	-	2
nifedipino ER comprimidos (equiv. ADALAT CC)	-	2
verapamilo SR cápsulas (equiv. VERELAN)	-	2
verapamilo SR comprimidos (equiv. CALAN SR, ISOPTIN SR)	-	2
verapamilo comprimidos (equiv. CALAN)	-	2
diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM SR)	-	3
diltiazem ER comprimidos (equiv. CARDIZEM LA)	-	3
nicardipina cápsulas (equiv. CARDENE)	-	4
nimodipina cápsulas (equiv. NIMOTOP)	-	4
nisoldipina ER comprimidos (equiv. SULAR)	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Cont.		
NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 20 MG, 30 MG, 40 MG	-	4
NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 25.5 MG	-	4
NORLIQVA SOLUCIÓN ORAL (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
VERAPAMILO ER CÁPSULAS	-	4
ADALAT CC COMPRIMIDOS	-	NC
CALAN SR COMPRIMIDOS	-	NC
CARDIZEM CD CÁPSULAS	-	NC
CARDIZEM LA COMPRIMIDOS	-	NC
CARDIZEM COMPRIMIDOS	-	NC
CONJUPRI COMPRIMIDOS, LEVAMLODIPINA COMPRIMIDOS	-	NC
DILACOR XR CÁPSULAS	-	NC
KATERZIA SUSPENSIÓN	-	NC
NORVASC COMPRIMIDOS	-	NC
NYMALIZE SOLUCIÓN	-	NC
SULAR COMPRIMIDOS	-	NC
TIAZAC CÁPSULAS	-	NC
VERAPAMILO ER CÁPSULAS, VERELAN CÁPSULAS	-	NC
VERELAN CÁPSULAS	-	NC
CARDIOTÓNICOS		
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS		
digoxina solución (equiv. LANOXIN)	-	2
DIGOXIN SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	-	2
digoxina comprimidos (equiv. LANOXIN)	-	2
digoxina comprimidos 62.5 mcg (equiv. LANOXIN)	-	NC
LANOXIN COMPRIMIDOS	-	NC
LANOXIN COMPRIMIDOS 62.5 MCG	-	NC
AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.		
INHIBIDORES DE LA MIOSINA CARDÍACA		
CAMZYOS CÁPSULAS (QL= 1 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
AGENTES CARDIOVASCULARES MISC. - COMBINACIONES		
amlodipino/atorvastatina comprimidos (equiv. CADUET)	-	3
sacubitril-valsartán comprimidos (equiv. ENTRESTO) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
BIDIL COMPRIMIDOS	-	NC
CADUET COMPRIMIDOS	-	NC
ENTRESTO CÁPSULAS	-	NC
ENTRESTO COMPRIMIDOS	-	NC
isosorbida dinitrato/hcl hidralazina comprimidos (equiv. BIDIL)	-	NC
OPSYNVI COMPRIMIDOS	-	NC
INMUNOMODULADORES/ANTIINFLAMATORIOS CARDIOVASCULARES		
LODOCO COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA 2 CARDIOVASCULAR		
INPEFA COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA IMPOTENCIA		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC. Cont.		
tadalafil comprimidos 2.5 mg, 5 mg (equiv. CIALIS) (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de doxazosina comprimidos, prazosina cápsulas, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas, finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodosina cápsulas o tamsulosina cápsulas)	QL-ST	2
avanafil comprimidos (equiv. STENDRA)	-	EXC
CIALIS COMPRIMIDOS	-	EXC
LEVITRA COMPRIMIDOS	-	EXC
sildenafil comprimidos (equiv. VIAGRA)	-	EXC
STENDRA COMPRIMIDOS	-	EXC
tadalafil comprimidos (equiv. CIALIS)	-	EXC
vardeafil ODT (equiv. STAXYN)	-	EXC
vardeafil comprimidos (equiv. LEVITRA)	-	EXC
CIALIS COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG	-	NC
VASODILATADORES PERIFÉRICOS		
ISOXSUPRINA COMPRIMIDOS	-	3
PROSTAGLANDINAS VASODILADORAS		
TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML (QL= 1 ampolla/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
ORENITRAM COMPRIMIDOS	-	NC
ORENITRAM COMPRIMIDOS PAQUETE MENSUAL	-	NC
TYVASO DPI POLVO	-	NC
TYVASO DPI KIT DE MANTENIMIENTO EN POLVO 32-48 MCG	-	NC
TYVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32-48 MCG	-	NC
TYVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32 MCG	-	NC
VENTAVIS SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	-	NC
YUTREPIA CÁPSULAS	-	NC
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA SEÑALIZACIÓN DE LA ACTIVINA		
WINREVAIR INYECTABLE	-	NC
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTOR DE LA ENDOTELINA		
ambrisentan comprimidos (equiv. LETAIRIS) (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553)	LD-PA-QL	2
bosentan comprimidos para suspensión oral (equiv. TRACLEER) (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	2
bosentan comprimidos (equiv. TRACLEER) (QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
OPSUMIT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
LETAIRIS COMPRIMIDOS	-	NC
TRACLEER COMPRIMIDOS	-	NC
TRACLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg	-	NC
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA		
sildenafil comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO)	PA	2
tadalafil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA)	PA	2
sildenafil suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	3
TADLIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
ADCIRCA COMPRIMIDOS	-	NC
LIQREV SUSPENSIÓN	-	NC
REVATIO SUSPENSIÓN	-	NC
REVATIO COMPRIMIDOS	-	NC
HIPERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROSTACICLINA		
UPTRAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
UPTRAVI INYECTABLE	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC. Cont.		
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE LA GUANILATO-CICLASA		
ADEMPAS COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LOS NÓDULOS SINUSALES		
ivabradina hcl comprimidos (equiv. CORLANOR)	-	2
CORLANOR SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
CORLANOR COMPRIMIDOS	-	4
ESTABILIZADORES DE LA TRANSTIRETINA		
VYNDAMAX CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
VYNDAQEL CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
ATTRUBY PAK	-	NC
ESTIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE VASOACTIVO (SGC)		
VERQUVO COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; Restringido a especialista en Cardiología)	QL-RS	3
CEFALOSPORINAS		
CEFALOSPORINAS - 1.a GENERACIÓN		
cefadroxilo cápsulas (equiv. DURICEF)	-	2
cefadroxilo suspensión (equiv. DURICEF)	-	2
cefadroxilo comprimidos (equiv. DURICEF)	-	2
cefaletina cápsulas (equiv. KEFLEX)	-	2
cefaletina suspensión (equiv. KEFLEX)	-	2
CEFADROXIL COMPRIMIDOS	-	3
cefaletina cápsulas 750 mg (equiv. KEFLEX)	-	NC
cefaletina comprimidos	-	NC
KEFLEX CÁPSULAS	-	NC
KEFLEX CÁPSULAS 750 MG	-	NC
CEFALOSPORINAS - 2.a GENERACIÓN		
cefprozil suspensión (equiv. CEFZIL)	-	2
cefprozil comprimidos (equiv. CEFZIL)	-	2
cefuroxima comprimidos (equiv. CEFTIN)	-	2
CEFACTOR CÁPSULAS	-	4
cefactor cápsulas (equiv. CECLOR)	-	4
CEFACTOR ER COMPRIMIDOS	-	4
CEFACTOR SUSPENSIÓN	-	4
CEFALOSPORINAS - 3.a GENERACIÓN		
cefdinir cápsulas (equiv. OMNICEF)	-	2
cefdinir suspensión (equiv. OMNICEF)	-	2
CEFDITOREN COMPRIMIDOS	-	4
cefixima cápsulas (equiv. SUPRAX)	-	4
cefixima suspensión (equiv. SUPREX)	-	4
CEFPODOXIMA PROXETILO SUSPENSIÓN	-	4
cefpodoxima proxetilo comprimidos (equiv. VANTIN)	-	4
SPECTRACEF COMPRIMIDOS	-	4
SUPRAX CÁPSULAS	-	4
SUPRAX COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4
SUPRAX SUSPENSIÓN 500 MG/5ML	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
CEFALOSPORINAS Cont.		
OMNICEF SUSPENSIÓN	-	NC
SUPRAX CÁPSULAS	-	NC
SUPRAX SUSPENSIÓN	-	NC
ANTICONCEPTIVOS		
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - ORALES		
amethyst comprimidos (equiv. LYBREL)	-	1
aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL)	-	1
AVERI COMPRIMIDOS	-	1
aviane comprimidos (equiv. ALESSE)	-	1
BALCOLTRA COMPRIMIDOS	-	1
cesia comprimidos (equiv. CYCLESSA)	-	1
cryselle comprimidos	-	1
drospirenona/etinilestradiol/levomefolato comprimidos (equiv. BEYAZ)	-	1
enpresse comprimidos (equiv. TRI-LEVELLEN)	-	1
FEMLYV COMPRIMIDOS	-	1
gianvi comprimidos, ocella comprimidos (equiv. YASMIN, YAZ)	-	1
isibloom comprimidos, enskyce comprimidos, apri comprimidos (equiv. DESOGEN)	-	1
jolessa comprimidos, amethia comprimidos (equiv. SEASONALE, SEASONIQUE)	-	1
kelnor comprimidos (equiv. DEMULEN)	-	1
levonorgestrel-etinilestradiol-fe comprimidos (equiv. BALCOLTRA)	-	1
LO LOESTRIN COMPRIMIDOS	-	1
NATAZIA COMPRIMIDOS	-	1
NEXTSTELLIS COMPRIMIDOS	-	1
noretindrona ace-etinilestradiol-fe cápsulas (equiv. TAYTULLA)	-	1
noretindrona acetato/etinilestradiol FE comprimidos masticables (equiv. MINASTRIN)	-	1
noretindrona acetato/etinilestradiol comprimidos (equiv. LOESTRIN)	-	1
noretindrona/etinilestradiol FE comprimidos (equiv. LOESTRIN FE)	-	1
nortrel comprimidos (equiv. OVCON 35)	-	1
SAFYRAL COMPRIMIDOS	-	1
sprintec 28 comprimidos (equiv. ORTHO-CYCLEN)	-	1
tri-legest comprimidos (equiv. ESTROSTEP FE)	-	1
tri-sprintec comprimidos (equiv. ORTHO TRI-CYCLEN [LO])	-	1
TYBLUME COMPRIMIDOS	-	1
VELIVET PAK	-	1
violele comprimidos, kariva comprimidos (equiv. MIRCETTE)	-	1
wymzya FE COMPRIMIDOS (equiv. FEMCON FE)	-	1
BEYAZ COMPRIMIDOS	-	4
TAYTULLA CÁPSULAS	-	4
DESOGEN COMPRIMIDOS	-	NC
ESTROSTEP FE COMPRIMIDOS	-	NC
FALESSA KIT	-	NC
FEMCON FE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
MINASTRIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
MIRCETTE COMPRIMIDOS	-	NC
ORTHO TRI-CYCLEN (LO) COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	€	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTICONCEPTIVOS Cont.		
ORTHO-CYCLEN COMPRIMIDOS	-	NC
OVCON 35 COMPRIMIDOS	-	NC
SEASONIQUE COMPRIMIDOS	-	NC
TRI-NORINYL COMPRIMIDOS	-	NC
YAZ COMPRIMIDOS, YASMIN 28 COMPRIMIDOS	-	NC
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - TRANSDÉRMICOS		
TWIRLA PARCHES	-	1
zafemy parches (equiv. XULANE)	-	1
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - VAGINALES		
ANNOVERA ANILLO (QL= 1 anillo/año)	QL	1
eluryng anillo vaginal (equiv. NUVARING)	-	1
NUVARING	-	NC
ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU		
MIDUELLA, PARAGARD DIU	-	1
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA		
ELLA COMPRIMIDOS	-	1
levonorgestrel comprimidos (equiv. PLAN B)	OTC	1
PLAN B COMPRIMIDOS	OTC	1
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES		
NEXPLANON IMPLANTE	-	1
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES		
DEPO-PROVERA SC INYECTABLE 104 MG (QL= 1 iny/90 días)	QL	1
medroxiprogesterona inyectable (equiv. DEPO-PROVERA) (QL= 1 iny./90 días)	QL	1
DEPO-PROVERA INYECTABLE	-	NC
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU		
KYLEENA DIU	-	1
MIRENA DIU	-	1
SKYLA DIU	-	1
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES		
noretindrona comprimidos (equiv. NORA-QD)	-	1
SLYND COMPRIMIDOS	-	1
NOR-QD COMPRIMIDOS	-	NC
OPILL COMPRIMIDOS	OTC	NC

CORTICOSTEROIDES

GLUCOCORTICOSTEROIDES

DEXAMETASONA CONCENTRADA	-	2
dexametasona elixir	-	2
DEXAMETASONA FOSFATO SÓDICO INYECTABLE	-	2
DEXAMETASONA SOLUCIÓN	-	2
DEXAMETASONA COMPRIMIDOS	-	2
dexametasona comprimidos (equiv. DECADRON)	-	2
hidrocortisona comprimidos (equiv. CORTEF)	-	2
metilprednisolona acetato inyectable (equiv. DEPO-MEDROL)	-	2
metilprednisolona paquete de dosis (equiv. MEDROL)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
CORTICOSTEROIDES Cont.		
metilprednisolona comprimidos (equiv. MEDROL)	-	2
metilprednisolona succinato sódico inyectable (equiv. SOLU-MEDROL)	-	2
prednisolona solución	-	2
prednisolona solución (equiv. PEDIAPRED)	-	2
prednisona comprimidos (equiv. DELTASONE)	-	2
triamcinolona acetato inyectable (equiv. KENALOG)	-	2
budesonida SR cápsulas (equiv. ENTOCORT EC)	-	3
ACETATO DE CORTISONA COMPRIMIDOS	-	3
hidrocortisona succinato inyectable 1000 mg (equiv. SOLU-CORTEF) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	3
MEDROL COMPRIMIDOS	-	3
prednisolona ODT (equiv. ORAPRED)	-	3
PREDNISOLONA ODT COMPRIMIDOS	-	3
PREDNISONA SOLUCIÓN	-	3
SOLU-CORTEF INYECTABLE (QL= 1 vial/reposición)	QL	3
SOLU-CORTEF INYECTABLE 100 MG (QL= 2 viales/reposición)	QL	3
SOLU-MEDROL INYECTABLE 2 GM	-	3
budesonida ER comprimidos (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
DEPO-MEDROL INYECTABLE	-	4
DEPO-MEDROL INYECTABLE, METILPREDNISOLONA ACETATO INYECTABLE	-	4
KENALOG INYECTABLE	-	4
KENALOG INYECTABLE, TRIAMCINOLONA ACE INYECTABLE	-	4
ORAPRED ODT COMPRIMIDOS	-	4
PREDNISOLONA SOLUCIÓN	-	4
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años)	LD-PA-QL	5
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años)	LD-PA-QL	5
KHINDIVI SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	LD-PA-QL	5
AGAMREE SUSPENSIÓN	-	NC
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC
CORTEF COMPRIMIDOS	-	NC
deflazacort suspensión (equiv. EMFLAZA)	-	NC
deflazacort comprimidos (equiv. EMFLAZA)	-	NC
dexametasona paquete (equiv. DEXPAK)	-	NC
DEXPAK COMPRIMIDOS	-	NC
DXEVO PAK DE 11 DÍAS	-	NC
EMFLAZA SUSPENSIÓN	-	NC
EMFLAZA COMPRIMIDOS	-	NC
EOHILIA SUSPENSIÓN	-	NC
FLO-PRED SUSPENSIÓN	-	NC
LIDOLOG KIT	-	NC
MEDROL PAQUETE DE DOSIS	-	NC
MEDROL COMPRIMIDOS	-	NC
MILLIPRED DP PAK	-	NC
MILLIPRED COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada		
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre		
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas		
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada		
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
CORTICOSTEROIDES Cont.		
ORAPRED SOLUCIÓN	-	NC
ORTIKOS ER CÁPSULAS	-	NC
prednisolona comprimidos (equiv. MILLIPRED)	-	NC
prednisona paquete	-	NC
PREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT	-	NC
RAYOS COMPRIMIDOS	-	NC
SOLU-MEDROL INYECTABLE	-	NC
SOLU-MEDROL PF INYECTABLE	-	NC
TARPEYO CÁPSULAS	-	NC
UCERIS COMPRIMIDOS	-	NC
MINERALOCORTICOIDES		
fludrocortisona comprimidos (equiv. FLORINEF)	-	2
TOS/RESFRÍO/ALERGIA		
ANTITUSIVOS		
benzonatato cápsulas (equiv. TESSALON)	-	2
hidrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN)	-	2
tussigon comprimidos (equiv. HYCODAN)	-	2
BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG	-	NC
benzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS)	-	NC
HYCODAN JARABE	-	NC
TESSALON CÁPSULAS	-	NC
ZONATUSS CÁPSULAS 150 mg	-	NC
COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA		
GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición)	OTC-QL	2
guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición)	OTC-QL	2
prometazina DM jarabe	-	2
PROMETAZINA VC JARABE	-	2
prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC)	-	2
PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE	-	2
prometazina VC/codeína jarabe (equiv. PHENERGAN VC/CODEÍNA)	-	2
prometazina/codeína jarabe (equiv. PHENERGAN/CODEÍNA)	-	2
HYD POL/CPM SUSPENSIÓN (QL= 120 ml/reposición; 2 reposiciones/30 días)	QL	4
hidrocodona/clorfeniramina CR suspensión (equiv. TUSSIONEX) (QL= 120ml/reposición; 2 reposiciones/30 días)	QL	4
hidrocodona/clorfeniramina/pseudoefedrina líquida (equiv. ZUTRIPRO) (QL= 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
SEMPREX-D CÁPSULAS	-	EXC
BROVEX PEB LÍQUIDO	OTC	NC
CLARINEX-D COMPRIMIDOS	-	NC
guaifenesina-DM líquido oral (equiv. ROBITUSSIN)	-	NC
HYCOFENIX SOLUCIÓN	-	NC
LÍQUIDO PARA TOS INTENSA	-	NC
Iohist líquido (equiv. DECON-A)	OTC	NC
MUCINEX LÍQUIDO	-	NC
POLY-TUSSIN DM JARABE	-	NC
TUSSICAPS	-	NC
TUXARIN ER COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
TOS/RESFRÍO/ALERGIA Cont.		
TUZISTRA XR SUSPENSIÓN	-	NC
ZUTRIPRO LÍQUIDO	-	NC
EXPECTORANTES		
yoduro de potasio solución oral (equiv. SSKI)	-	3
SSKI SOLUCIÓN ORAL	-	4
GUAIFENESINA JARABE	-	NC
guaifenesina comprimidos (equiv. ALLFEN JR)	-	NC
MUCINEX COMPRIMIDOS	-	NC
MISC. INHALANTES RESPIRATORIOS		
cloruro de sodio solución para nebulizar (equiv. HYPER-SAL)	-	2
HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
MUCOLÍTICOS		
acetilcisteína solución (equiv. MUCOMYST)	-	2
DERMATOLÓGICOS		
PRODUCTOS PARA EL ACNÉ		
clindamicina gel (equiv. CLEOCIN GEL)	-	2
clindamicina loción (equiv. CLEOCIN- T)	-	2
clindamicina toallitas (equiv. CLEOCIN- T)	-	2
clindamicina solución tópica (equiv. CLEOCIN-T)	-	2
DIFFERIN OTC GEL 0.1% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	OTC-PA	2
eritromicina gel	-	2
eritromicina toallitas	-	2
eritromicina solución	-	2
adapaleno crema (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
adapaleno gel (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.1-2.5% (equiv. EPIDUO)	-	3
adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.3-2.5% (equiv. EPIDUO FORTE)	-	3
amnesteem cápsulas, claravis cápsulas, isotretinoína cápsulas, myorisan cápsulas, zenatane cápsulas (equiv. ACCUTANE)	-	3
AVAR GEL	-	3
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZACLIN)	-	3
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. DUAC GEL)	-	3
ERY TOALLITAS	-	3
eritromicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZAMYCIN)	-	3
PRASCION RA CREMA	-	3
sulfacetamida de sodio loción (equiv. KLARON)	-	3
sulfacetamida sódica/azufre limpiador 10-5% (equiv. SUMAXIN)	-	3
sulfacetamida sódica/azufre limpiador 9-4.5% (equiv. SUMADAN WASH)	-	3
sulfacetamida de sodio/azufre emulsión (equiv. ROSAC ENJUAGUE)	-	3
sulfacetamida de sodio/azufre emulsión (equiv. ROSULA)	-	3
sulfacetamida de sodio/azufre gel (equiv. ROSULA)	-	3
sulfacetamida de sodio/azufre suspensión (equiv. SUMAXIN)	-	3
sulfato de sodio/azufre crema 10-5% (equiv. PLEXION SCT)	-	3
tretinoína crema (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
tretinoína gel (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
adapaleno gel (equiv. RETIN-A GEL) (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
tretinoína gel 0.08% (equiv. RETIN-A MICRO) (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
sulfacetamida de sodio/azufre espuma (equiv. CLARIFOAM EF)	-	4
ABSORICA CÁPSULAS	-	NC
ABSORICA LD CÁPSULAS	-	NC
ACZONE GEL	-	NC
ADAPALENO SOLUCIÓN	-	NC
ADAPALENO LOCIÓN	-	NC
ADAPALENO/PERÓXIDO DE BENZOÍLO TOALLITAS	-	NC
AKLIEF CREMA	-	NC
ALTRENO LOCIÓN	-	NC
AMZEEQ ESPUMA	-	NC
ARAZLO LOCIÓN	-	NC
ATRALIN GEL, RETIN-A GEL	-	NC
AVAR AEROSOL ESPUMA	-	NC
AVAR TOALLITAS	-	NC
AVAR-E LS CREMA 10-2%	-	NC
AZELEX CREMA	-	NC
BENZAC WASH	-	NC
BENZACLIN GEL	-	NC
BENZAMYCIN GEL	-	NC
BENZAMYCIN GEL PACK	-	NC
PERÓXIDO DE BENZOÍLO CREMA	OTC	NC
PERÓXIDO DE BENZOÍLO/HIDROCORTISONA LOCIÓN	-	NC
peróxido de benzoílo/hidrocortisona loción (equiv. VANOXIDE-HC)	-	NC
CABTREO GEL	-	NC
CLARIFOAM EF ESPUMA	-	NC
CLENIA PLUS SUSPENSIÓN	-	NC
CLEOCIN-T GEL	-	NC
CLEOCIN-T LOCIÓN	-	NC
CLEOCIN-T TOALLITAS	-	NC
CLEOCIN-T SOLUCIÓN	-	NC
CLINDACIN KIT	-	NC
clindamicina espuma (equiv. EVOCLIN)	-	NC
clindamicina fosfato-peróxido de benzoílo gel 1.2- 3.75% (equiv. ONEXTON)	-	NC
clindamicina/tretinoína gel (equiv. ZIANA)	-	NC
CLINDAVIX KIT	-	NC
dapsona gel (equiv. ACZONE)	-	NC
DIFFERIN CREMA	-	NC
DIFFERIN GEL	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
DIFFERIN LOCIÓN	-	NC
DUAC GEL	-	NC
EPIDUO FORTE GEL 0.3-2.5%	-	NC
EPIDUO GEL 0.1-2.5 %	-	NC
EPSOLAY CREMA	-	NC
EVOCLIN ESPUMA	-	NC
FABIOR AEROSOL ESPUMA	-	NC
isotretinoína cápsulas 25 mg (equiv. BSORICA)	-	NC
isotretinoína cápsulas 35 mg (equiv. BSORICA)	-	NC
KLARON LOCIÓN	-	NC
NUCARACLINPA KIT	-	NC
NUCARARXPAK KIT	-	NC
ONEXTON GEL 1.2-3.75%	-	NC
PLEXION CREMA 9.8-4.8%	-	NC
PLEXION LOCIÓN	-	NC
RETIN-A CREMA	-	NC
RETIN-A MICRO GEL 0.04 %; 0.1 %	-	NC
RETIN-A MICRO GEL 0.08 %; 0.06 %	-	NC
RETIN-A MICRO GEL, RETIN-A MICRO BOMBA DE GEL	-	NC
ROSULA EMULSIÓN	-	NC
ROSULA GEL	-	NC
SULFACETAMIDA SÓDICA/AZUFRE CREMA 10-2%	-	NC
SULFACETAMIDA DE SODIO/AZUFRE EMULSIÓN	-	NC
sulfacetamida sódica/azufre emulsión 10-1% (equiv. ROSAC WASH)	-	NC
sulfacetamida de sodio/azufre loción (equiv. SULFACET R)	-	NC
sulfacetamida de sodio/azufre toallitas (equiv. PLEXION TOALLITAS DE LIMPIEZA)	-	NC
SULFACETAMIDA DE SODIO/SUSPENSIÓN DE AZUFRE	-	NC
sulfacetamida de sodio/azufre enjuague (equiv. SUMAXIN)	-	NC
sulfacetamida de sodio/filtro solar kit (equiv. SUMADEN XLT)	-	NC
sulfacetamida sódica/azufre crema 10-2% (equiv. AVAR-E LS)	-	NC
sulfacetamida sódica/azufre crema 9.8-4.8% (equiv. PLEXION)	-	NC
SUMADAN LIMPIADOR 9-4.5%	-	NC
SUMADEN XLT KIT	-	NC
SUMAXIN LIMPIADOR	-	NC
TRETIN-X CREMA	-	NC
TWYNEO CREMA	-	NC
WINLEVI CREMA	-	NC
ZIANA GEL	-	NC
AGENTES CONTRA LAS VERRUGAS GENITALES Y PERIANALES EXTERNAS		
VEREGEN POMADA	-	NC
AGENTES PARA ARRUGAS/LIPOATROFIA/OTROS USOS ESTÉTICOS		
RENOVA CREMA	-	EXC
KYBELLA INYECTABLE	-	NC
ANALGÉSICOS - USO TÓPICO		
BACLOFENO KIT COMPUESTO EN CREMA	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
TRAMADOL KIT COMPUESTO	-	NC
ANTIBIÓTICOS - USO TÓPICO		
sulfato de gentamicina crema	-	2
sulfato de gentamicina pomada	-	2
mupirocina pomada (equiv. BACTROBAN POMADA)	-	2
CENTANY POMADA	-	4
CORTISPORIN CREMA	-	4
CORTISPORIN POMADA	-	4
ALTABAX POMADA	-	NC
BACTROBAN CREMA	-	NC
mupirocina crema (equiv. BACTROBAN)	-	NC
NEO-SYNALAR CREMA	-	NC
XEPI CREMA	-	NC
ANTIFÚNGICOS - USO TÓPICO		
ciclopirox crema (equiv. LOPROX CREAM)	-	2
ciclopirox gel (equiv. LOPROX GEL)	-	2
ciclopirox solución para uñas (equiv. PENLAC)	-	2
ciclopirox suspensión tópica (equiv. LOPROX SUSPENSIÓN)	-	2
clotrimazol/betametasona crema (equiv. LORTRISONE CREMA)	-	2
econazol crema (equiv. SPECTAZOLE)	-	2
ketoconazol crema (equiv. NIZORAL CREMA)	-	2
ketoconazol shampoo (equiv. NIZORAL SHAMPOO)	-	2
nistatina crema (equiv. MYCOSTATIN CREMA)	-	2
nistatina pomada	-	2
nistatina polvo tópico	-	2
nistatina/triamcinolona crema	-	2
nistatina/triamcinolona pomada	-	2
ciclopirox shampoo (equiv. LOPROX SHAMPOO)	-	3
tavaborol solución (equiv. KERYDIN) (QL= 10 ml/30 días; la terapia escalonada requiere prueba de solución para uñas de ciclopirox y terbinafina comprimidos)	QL-ST	3
EXELDERM SOLUCIÓN	-	4
MENTAX CREMA	-	4
naftifina crema (equiv. NAFTIN)	-	4
nitrato de oxiconazol crema (equiv. OXISTAT)	-	4
ALCORTIN A GEL	-	NC
ALOQUIN GEL	-	NC
clotrimazol crema (equiv. LOTRIMIN AF)	OTC	NC
CLOTTRIMAZOL/BETAMETASONA LOCIÓN	-	NC
clotrimazol/betametasona loción (equiv. LOTRISONE LOCIÓN)	-	NC
ECONASIL KIT	-	NC
ECOZA ESPUMA	-	NC
ERTACZO CREMA	-	NC
EXELDERM CREMA, SULCONAZOL CREMA	-	NC
EXELDERM SOLUCIÓN, SULCONAZOL SOLUCIÓN	-	NC
HIXDEFRIMA SOLUCIÓN	-	NC
yodoquinol/hidrocortisona crema 1% (equiv. VYTONE)	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
yodoquinol/hidrocortisona crema 1.9-1% (equiv. VYTONE)	-	NC
yodoquinol/hidrocortisona/polisacárido del aloe gel (equiv. ALCORTIN A)	-	NC
JUBLIA SOLUCIÓN	-	NC
KERYDIN SOLUCIÓN	-	NC
LOPROX CREMA	-	NC
LOPROX SHAMPOO	-	NC
LOTRIMIN AF CREMA	-	NC
LOTRISONE CREMA	-	NC
LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA	-	NC
NAFTIFINA CREMA	-	NC
naftifina hcl gel 2% (equiv. NAFTIN)	-	NC
NAFTIN GEL 2%	-	NC
NIZORAL SHAMPOO	-	NC
NYATA KIT	-	NC
ONYCHO-MED KIT	-	NC
OXISTAT CREMA	-	NC
OXISTAT LOCIÓN	-	NC
PEDIZOLPAK PAQUETE DE TERAPIA	-	NC
PENLAC SOLUCIÓN	-	NC
VYTONE CREMA 1.9-1%	-	NC
XOLEGEL	-	NC
ZOLPAK KIT	-	NC

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - USO TÓPICO

diclofenaco gel 1% (equiv. VOLTAREN) (QL= 5 pomos/reposición)	QL	2
diclofenaco solución 1.5% (equiv. PENNSAID) (QL= 3 frascos/reposición)	QL	3
VOLTAREN GEL	OTC	EXC
DICLOFENACO PARCHES, FLECTOR PARCHES	-	NC
diclofenaco sódico kit de gel (equiv. VENNGEL)	-	NC
diclofenaco sódico solución 2% (equiv. PENNSAID)	-	NC
DICLONA GEL	-	NC
DICLOTREX PAQUETE	-	NC
GABAPENTINA/NAPROXENO CREMA KIT COMPUESTO	-	NC
INFLAMMA-K KIT	-	NC
LICART PARCHES	-	NC
NAPROXEN CREMA KIT COMPUESTO	-	NC
PENNSAID SOLUCIÓN	-	NC
PROFINAC PAK	-	NC
REXAPHENAC CREMA	-	NC
VAROPHEN KIT	-	NC
VENNGEL ONE KIT	-	NC
VOPAC 5 CREMA	-	NC
VOPAC CREMA	-	NC
VOPAC GB CREMA	-	NC
XRYLIX PAK	-	NC

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS O CONTRA LESIONES PRECANCEROSAS - USO TÓPICO

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
bexaroteno gel (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2
fluorouracilo crema (equiv. EFUDEX CREMA)	-	2
CARAC CREMA	-	3
diclofenaco gel (equiv. SOLARAZE) (QL = 300 gm/30 días)	PA-QL	3
FLUOROURACILO SOLUCIÓN	-	3
fluorouracilo solución (equiv. FLUOROURACILO)	-	3
FLUOROURACILO CREMA 0.5 %	-	4
PICATO GEL (QL= 1 caja/reposición)	QL	4
PANRETIN GEL	MSP-PA	5
VALCHLOR GEL (QL= 4 pomos/30 días; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
CARAC CREMA	-	NC
EFUDEX CREMA	-	NC
FLUORAC CREMA	-	NC
KLISYRI POMADA	-	NC
ROAOXIA GEL	-	NC
SOLARAVIX PAK	-	NC
TARGRETIN GEL	-	NC
ANTIPRURIGINOSOS - USO TÓPICO		
DOXEPIN CREMA, PRUDOXIN CREMA, ZONALON CREMA	PA	4
doxepina hcl crema	-	NC
ANTIPSORIÁSICOS		
acitretina cápsulas (equiv. SORIATANE)	-	3
calcipotrieno crema (equiv. DOVONEX CREMA)	-	3
calcipotrieno pomada	-	3
CALCIPOTRIENE SOLUCIÓN	-	3
calcipotrieno solución (equiv. DOVONEX SOLUCIÓN)	-	3
METHOXSALEN CÁPSULAS	-	3
metoxsaleno cápsulas (equiv. OXSORALEN ULTRA)	-	3
tazaroteno crema 0.1% (equiv. TAZORAC)	-	3
CALCITRIOL POMADA	-	4
DRITHO-SCALP CREMA	-	4
tazaroteno crema 0.05% (equiv. TAZORAC)	-	4
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML (QL= 1 iny./84 días)	MSP-PA-QL	5
TALTZ INY. (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
BIMZELX INYECTABLE	-	NC
calcipotrieno crema (equiv. TRIONEX)	-	NC
CALCIPOTRIENO ESPUMA	-	NC
CALCIPOTRIENO ESPUMA, SORILUX ESPUMA	-	NC
CALSODORE PAK	-	NC
COSENTYX INY. (1 PAQUETE)	-	NC
COSENTYX INY. (2 PAQUETES)	-	NC
COSENTYX INYECTABLE 300 MG/2 ML	-	NC
COSENTYX UNO INYECTABLE	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
DOVONEX CREMA	-	NC
IMULDOSA JERINGA	-	NC
NUDERMRXPAK PAQUETE	-	NC
OTULFI JERINGA	-	NC
OXSORALEN ULTRA CÁPSULAS	-	NC
PYZCHIVA INYECTABLE	-	NC
SELARSDI INYECTABLE	-	NC
SILIQ INYECTABLE	-	NC
SORIATANE CÁPSULAS	-	NC
SOTYKTU COMPRIMIDOS	-	NC
SPEVIGO INYECTABLE	-	NC
STELARA INYECTABLE	-	NC
STEQEYMA INYECTABLE	-	NC
STEQEYMA INYECTABLE 90 MG	-	NC
tazaroteno gel (equiv. TAZORAC)	-	NC
TAZORAC CREMA	-	NC
TAZORAC GEL	-	NC
TREMFYA INYECTABLE	-	NC
TRIONEX PAK	-	NC
USTEKINUMAB INYECTABLE	-	NC
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML	-	NC
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML	-	NC
VECTICAL POMADA	-	NC
VTAMA CREMA	-	NC
WEZLANA INYECTABLE	-	NC
WEZLANA JERINGA	-	NC
YESINTEK INYECTABLE	-	NC
YESINTEK JERINGA	-	NC
YESINTEK JERINGA 90 MG	-	NC
PRODUCTOS ANTISEBORREICOS		
selenio sulfuro loción 2.5% (equiv. SELSUN)	-	2
sulfuro de selenio shampoo (equiv. SELSEB)	-	3
sulfacetamida de sodio enjuague (equiv. OVACE ENJUAGUE)	-	3
OVACE PLUS CREMA	-	4
ESKATA SOLUCIÓN	-	NC
OVACE PLUS GEL	-	NC
OVACE PLUS LOCIÓN	-	NC
OVACE PLUS SHAMPOO	-	NC
OVACE PLUS ESPUMA	-	NC
OVACE ENJUAGUE	-	NC
PROMISEB CREMA	-	NC
sulfuro de selenio shampoo 2.3 % (equiv. SELRX)	-	NC
SELRX SHAMPOO 2.3%	-	NC
sulfacetamida sódica gel (equiv. OVACE)	-	NC
sulfacetamida de sodio shampoo (equiv. OVACE)	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
ANTIVIRALES - USO TÓPICO		
aciclovir pomada (equiv. ZOVIRAX)	-	2
ZOVIRAX POMADA	-	4
aciclovir crema (equiv. ZOVIRAX)	-	NC
DENAVIR CREMA	-	NC
penciclovir crema (equiv. DENAVIR)	-	NC
XERESE CREMA	-	NC
ZELSUVMI GEL	-	NC
ZOVIRAX CREMA	-	NC
PRODUCTOS PARA LAS QUEMADURAS		
sulfadiazina de plata crema (equiv. SILVADENE CREMA)	-	2
SULFAMYLON CREMA	-	3
MAFENIDA ACETATO PAQUETE DE SOLUCIÓN	-	NC
SILVADENE CREMA	-	NC
SULFAMYLON PACK	-	NC
CORTICOSTEROIDES - USO TÓPICO		
BETAMETASONA VALERATO LOCIÓN	-	2
betametasona aumentada crema (equiv. DIPROLENE AF CREMA)	-	2
betametasona aumentada pomada (equiv. DIPROLENE POMADA)	-	2
betametasona dipropionato crema (equiv. DIPROSONE CREMA)	-	2
betametasona dipropionato loción	-	2
betametasona valerato crema	-	2
betametasona valerato loción	-	2
betametasona valerato pomada	-	2
propionato de clobetasol crema (equiv. TEMOVATE)	-	2
propionato de clobetasol pomada (equiv. TEMOVATE)	-	2
propionato de clobetasol solución (equiv. TEMOVATE)	-	2
acetónido de fluocinolona crema	-	2
acetónido de fluocinolona pomada	-	2
acetónido de fluocinolona solución	-	2
fluocinonida crema 0.05% (equiv. LIDEX)	-	2
fluocinonida crema 0.1% (equiv. VANOS CREMA)	-	2
fluocinonida crema emoliente	-	2
fluocinonida gel	-	2
fluocinonida pomada	-	2
fluocinonida solución	-	2
propionato de fluticasona crema (equiv. CUTIVATE)	-	2
propionato de fluticasona pomada (equiv. CUTIVATE)	-	2
hidrocortisona crema (equiv. PROCTOCORT)	-	2
hidrocortisona loción (equiv. HYTONE)	-	2
HIDROCORTISONA LOCIÓN 2.5%	-	2
hidrocortisona pomada	-	2
mometasona crema (equiv. ELOCON)	-	2
mometasona pomada (equiv. ELOCON)	-	2
mometasona solución (equiv. ELOCON)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
triamcinolona crema	-	2
triamcinolona loción	-	2
triamcinolona pomada	-	2
alclometasona crema (equiv. ACLOVATE)	-	3
ALCLOMETASONA POMADA	-	3
alclometasona pomada (equiv. ACLOVATE POMADA)	-	3
BETAMETASONA AUMENTADA GEL	-	3
betametasona aumentada loción (equiv. DIPROLENE LOCIÓN)	-	3
betametasona dipropionato pomada (equiv. DIPROSONE POMADA)	-	3
clobetasol espuma (equiv. OLUX)	-	3
clobetasol loción (equiv. CLOBEX)	-	3
propionato de clobetasol crema emoliente (equiv. TEMOVATE E)	-	3
propionato de clobetasol gel (equiv. TEMOVATE GEL)	-	3
clobetasol shampoo (equiv. CLOBEX)	-	3
clobetasol spray (equiv. CLOBEX)	-	3
clocortolona pivalato crema (QL= 90 g/30 días)	QL	3
DERMA-SMOOTH/FS ACEITE	-	3
desonide crema (equiv. DESOWEN)	-	3
desonide pomada	-	3
desoximetasona crema (equiv. TOPICORT CREMA)	-	3
desoximetasona pomada (equiv. TOPICORT)	-	3
EPIFOAM AEROSOL	-	3
acetónido de fluocinolona aceite (equiv. DERMA-SMOOTH/FS)	-	3
halobetasol propionato crema (equiv. ULTRAVATE)	-	3
halobetasol propionato pomada (equiv. ULTRAVATE)	-	3
PREDNICARBATO CREMA	-	3
PREDNICARBATO POMADA	-	3
AMCINONIDA LOCIÓN	-	4
CORDRAN TIRAS	-	4
NUCORT LOCIÓN	-	4
ALA-SCALP LOCIÓN	-	NC
AMCINONIDA CREMA 0.1%	-	NC
AMCINONIDA POMADA	-	NC
APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E)	-	NC
BESER KIT 0.05%	-	NC
betametasona aumentada gel	-	NC
betametasona valerato espuma (equiv. LUXIQ ESPUMA)	-	NC
BRYHALI LOCIÓN	-	NC
calcipotrieno/betametasona dipropionato suspensión	-	NC
calcipotrieno/betametasona pomada (equiv. TACLONEX)	-	NC
CAPEX SHAMPOO	-	NC
clobetasol E espuma (equiv. OLUX E)	-	NC
CLOTRIMAZOL PROPIONATO CREMA, IMPOYZ CREMA	-	NC
CLOBETAVIX KIT	-	NC
CLOBEX LOCIÓN	-	NC
CLOBEX SHAMPOO	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
CLOBEX SPRAY	-	NC
CLOCORTOLONA CREMA	-	NC
CLODERM CREMA	-	NC
CORDRAN CREMA	-	NC
CORDRAN CREMA 0.025%	-	NC
CORDRAN LOCIÓN	-	NC
CORDRAN POMADA	-	NC
CUTIVATE LOCIÓN	-	NC
DERMACINRX KIT	-	NC
DESONATE GEL	-	NC
desonide gel	-	NC
desonide loción	-	NC
DESOWEN CREMA	-	NC
DESOWEN CREMA KIT	-	NC
DESOWEN LOCIÓN	-	NC
DESOWEN LOCIÓN KIT	-	NC
DESOWEN POMADA	-	NC
DESOWEN POMADA KIT	-	NC
desoximetasona crema 0.05% (equiv. TOPICORT)	-	NC
DESOXIMETASONA GEL	-	NC
desoximetasona pomada 0.05% (equiv. TOPICORT)	-	NC
DIFLORASONA CREMA, PSORCON CREMA	-	NC
diflorasona pomada	-	NC
DIPROLENE AF CREMA	-	NC
DIPROLENE POMADA	-	NC
DUOBRII LOCIÓN	-	NC
ELOCON CREMA	-	NC
ELOCON POMADA	-	NC
ENSTILAR ESPUMA	-	NC
FLUOPAR KIT	-	NC
FLUOVIX PAK	-	NC
FLURANDRENOL LOCIÓN	-	NC
flurandrenolida crema (equiv. CORDRAN)	-	NC
flurandrenolida pomada (equiv. CORDRAN)	-	NC
FLUTICASONA LOCIÓN	-	NC
propionato de fluticasona loción (equiv. CUTIVATE)	-	NC
halcinónido crema (equiv. HALOG)	-	NC
HALOBETASOL AEROSOL	-	NC
halobetasol propionato espuma (equiv. LEXETTE)	-	NC
HALOG CREMA	-	NC
HALOG POMADA	-	NC
HALOG SOLUCIÓN	-	NC
halonate pac kit (equiv. ULTRAVATE KIT)	-	NC
HC BUTIRATO CREMA	-	NC
HC BUTIRATO SOLUCIÓN	-	NC
HC PRAMOXINA CREMA 1-2.5%	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
HC/PRAMOXINA CREMA 1-2.35%	-	NC
HC-LIDOCAÍNA CREMA	-	NC
hidrocortisona butirato crema (equiv. LOCOID)	-	NC
HIDROCORTISONA BUTIRATO LIPÍDICA CREMA	-	NC
hidrocortisona butirato lipocrema (equiv. LOCOID)	-	NC
HIDROCORTISONA BUTIRATO POMADA	-	NC
hidrocortisona butirato pomada (equiv. LOCOID)	-	NC
hidrocortisona butirato solución (equiv. LOCOID)	-	NC
hidrocortisona loción (equiv. LOCOID)	-	NC
hidrocortisona loción 2% (equiv. ALA SCALP)	-	NC
HIDROCORTISONA PAQUETE	-	NC
hidrocortisona valerato crema	-	NC
hidrocortisona valerato pomada (equiv. WESTCORT)	-	NC
hidrocortisona/pramoxina crema 2.5-1% (equiv. PRAMOSONE)	-	NC
HYDROXYM GEL	-	NC
IMPEKLO LOCIÓN	-	NC
IMPOYZ CREMA	-	NC
KENALOG SPRAY	-	NC
LOCOID CREMA	-	NC
LOCOID LIPOCREMA	-	NC
LOCOID LOCIÓN	-	NC
LOCOID POMADA	-	NC
LOCOID SOLUCIÓN	-	NC
LUXIQ ESPUMA	-	NC
MEXPAROX HC CREMA	-	NC
MICORT-HC CREMA	-	NC
NOVACORT GEL	-	NC
OLUX E ESPUMA	-	NC
OLUX ESPUMA	-	NC
PANDEL CREMA	-	NC
paramox hc gel (equiv. NOVACORT GEL)	-	NC
PRAMOSONE CREMA 1%	-	NC
PRAMOSONE CREMA 2.5-1%	-	NC
PRAMOSONE E CREMA	-	NC
PRAMOSONE LOCIÓN	-	NC
PRAMOSONE POMADA	-	NC
PROCTOCORT CREMA	-	NC
QUINIXIL PAK	-	NC
QUINOSONA KIT	-	NC
SERNIVO SPRAY	-	NC
SILALITE PAQUETE MIS	-	NC
TACLONEX POMADA	-	NC
TASOPROL KIT CREMA	-	NC
TEMOVATE CREMA	-	NC
TEMOVATE POMADA	-	NC
TEXACORT SOLUCIÓN	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
TOPICORT CREMA	-	NC
TOPICORT CREMA 0.05%	-	NC
TOPICORT GEL	-	NC
TOPICORT POMADA	-	NC
TOPICORT POMADA 0.05%	-	NC
TOVET KIT	-	NC
triamcinolona acetónido pomada (equiv. TRIANEX)	-	NC
TRIAMCINOLONA SPRAY	-	NC
triamcinolona spray (equiv. KENALOG)	-	NC
TRIAMVEX KIT	-	NC
TRIANEX POMADA	-	NC
TRILOCICLO KIT	-	NC
ULTRAVATE CREMA	-	NC
ULTRAVATE LOCIÓN	-	NC
ULTRAVATE POMADA	-	NC
ULTRAVATE PAC KIT	-	NC
VANOS CREMA	-	NC
VERDESO ESPUMA	-	NC
WESTCORT POMADA	-	NC
WYNZORA CREMA	-	NC
ANTIECCEMATOSOS		
OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año)	PA-QL	4
ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ANZUPGO CREMA	-	NC
AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS		
CARMOL LOCIÓN	-	NC
POMADA DE UREA 40% GORDON'S	-	NC
KERAFOAM	-	NC
KERALAC CREMA	-	NC
UMECTA EMULSIÓN	-	NC
UMECTA SUSPENSIÓN	-	NC
URAMAXIN CREMA	-	NC
URAMAXIN GEL	-	NC
urea crema	-	NC
UREA EMULSIÓN	-	NC
urea gel (equiv. URAMAXIN)	-	NC
UREA KIT PARA UÑAS	-	NC
UREA SUSPENSIÓN	-	NC
urea suspensión 40% (equiv. UMECTA)	-	NC
EMOLIENTES		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
ÁCIDO LÁCTICO LOCIÓN	-	2
lactato de amonio crema (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC
lactato de amonio loción (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC
HYLINATE LOCIÓN	-	NC
LAC-HYDRIN CREMA	-	NC
LAC-HYDRIN LOCIÓN	-	NC
ENZIMAS - USO TÓPICO		
SANTYL POMADA (QL= 90 gm/30 días)	QL	3
vasolex pomada (equiv. XENADERM)	-	NC
XENADERM POMADA	-	NC
AGENTES PARA EL CRECIMIENTO DEL CABELLO		
bimatoprost solución oftálmica	-	EXC
finasterida comprimidos (equiv. PROPECIA)	-	EXC
LEQSELVI COMPRIMIDOS	-	NC
LITFULO COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES PARA LA REDUCCIÓN DEL CABELLO		
VANIQA CREMA	-	EXC
INMUNOMODULADORES - SISTÉMICOS		
NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5
INMUNOMODULADORES - USO TÓPICO		
imiquimod crema (equiv. ALDARA)	-	2
ALDARA CREMA	-	NC
IMIQUIMOD CREMA 3.75%	-	NC
imiquimod crema 3.75% (equiv. IMIQUIMOD)	-	NC
ZYCLARA CREMA	-	NC
INMUNOSUPRESORES - USO TÓPICO		
tacrolimús pomada (equiv. PROTOPIC POMADA)	-	2
pimecrolimus crema (equiv. ELIDEL) (Cubierto para miembros de 2 años de edad en adelante)	-	3
HYFTOR GEL (QL= 10 gramos/30 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
ELIDEL CREMA	-	NC
OXIANUJO CREMA	-	NC
PROTOPIC POMADA	-	NC
QUERATOLÍTICOS/ANTIMITÓTICOS		
PODOCON SOLUCIÓN	-	3
PODOFILOX SOLUCIÓN	-	3
podofilox solución (equiv. CONDYLOX)	-	3
ácido salicílico shampoo (equiv. SALEX)	-	3
CONDYLOX GEL	-	4
podofilox gel (equiv. CONDYLOX)	-	4
SALEX SHAMPOO	-	4
ATRIX KIT DEL SISTEMA	-	NC
GEAMETDRAY GEL	-	NC
METDRAY GEL	-	NC
SALEX KIT LOCIÓN	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
SALEX SHAMPOO	-	NC
SALICATO LÍQUIDO	-	NC
ácido salicílico solución	-	NC
ácido salicílico crema (equiv. CERAVE PSORIASIS)	-	NC
SALIMEZ FORTE CREMA	-	NC
XALIX SOL	-	NC
ANESTÉSICOS LOCALES - USO TÓPICO		
lidocaína crema 3% (equiv. LIDAMANTLE)	-	2
lidocaína gel (equiv. GLYDO)	-	2
lidocaína pomada (QL= 107gm/30 días)	QL	2
lidocaína solución (equiv. XYLOCAINE)	-	2
lidocaína/prilocaína crema (equiv. EMLA)	-	2
lidocaína parches 5% (equiv. LIDODERM) (QL= 3 parches/día)	QL	3
lidocaína parches (equiv. LIDODERM) (QL= 3 parches/día)	QL	4
SYNERA PARCHES	-	4
ADAZIN CREMA	-	NC
ANASTIA LOCIÓN	-	NC
APRIZIO PAK KIT	-	NC
BENZOCAÍNA/LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA POMADA	-	NC
capsaicina/mentol parches tópicos (equiv. SINELEE)	-	NC
DERMALID PAK	-	NC
GEN7T LOCIÓN	-	NC
GEN7T PARCHES 3.5%	-	NC
GEN7T PLUS LOCIÓN	-	NC
GEN7T PLUS PARCHES	-	NC
L.E.T. EN GEL	-	NC
LIDAMANTLE LOCIÓN	-	NC
LIDO/MENTOL SPRAY	-	NC
LIDO/RAC/TET GEL	-	NC
LIDOCAÍNA CREMA	-	NC
lidocaína crema 3.88% (equiv. LIDOTRAL)	-	NC
lidocaína gel (equiv. XYLOCAINE)	-	NC
lidocaína hcl crema 4.12%	-	NC
lidocaína loción (equiv. LIDAMANTLE)	-	NC
lidocaína kit pomada/apósito transparente (equiv. LIDOPAC)	-	NC
lidocaína parches 3.5% (equiv. GEN7T)	OTC	NC
LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA CREMA	-	NC
LIDOCIN GEL	-	NC
LIDODERM PARCHES	-	NC
LIDO-EP-TETR SOLUCIÓN	-	NC
LIDOSTREAM KIT	-	NC
LIDOTRAL CREMA	-	NC
LIDOTREX GEL	-	NC
LIDOVEX CREMA	-	NC
LMR PLUS KIT	-	NC
MEDI-PATCH CON LIDOCAÍNA PARCHES	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	€	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
MENTHOREAL10 PACK DE TERAPIA	-	NC
MICROVIX LP PAK	-	NC
NENDRUX GEL	-	NC
nulido parches (equiv. NULIDO)	-	NC
NUVAKAAN II KIT	-	NC
PLIAGLIS CREMA	-	NC
PLIAGLIS KIT	-	NC
SILVERA TOALLITAS	-	NC
SOLAICE PARCHES	-	NC
SYNVEXIA TC CREMA	-	NC
WPR PLUS	-	NC
ZILACAINE PAK	-	NC
ZYLOTROL-L KIT	-	NC
MISC. PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS		
EPICERAM EMULSIÓN	-	NC
NEOSALUS ESPUMA	-	NC
NEOSALUS LOCIÓN	-	NC
MISC. USO TÓPICO		
DRYSOL SOLUCIÓN	-	2
DERMACINRX CREMA	-	NC
HYCLODEX SOLUCIÓN	-	NC
QBREXZA TOALLITAS	-	NC
SOFDRA GEL	-	NC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) - USO TÓPICO		
ZORYVE CREMA (QL= 60 gramos/30 días)	PA-QL	3
EUCRISA POMADA	-	NC
ZORYVE CREMA 0.15%	-	NC
ZORYVE ESPUMA	-	NC
PIGMENTANTES-DESPIGMENTANTES		
hidroquinona crema (equiv. LUSTRA)	-	EXC
TRI-LUMA CREMA	-	EXC
AGENTES CONTRA LA ROSÁCEA		
ivermectina crema (equiv. SOOLANTRA) (QL= 45 gramos/30 días)	QL	2
metronidazol crema (equiv. METROCREAM)	-	2
metronidazol gel 0.75% (equiv. METROGEL)	-	2
ácido azelaico gel (equiv. FINACEA)	-	3
FINACEA ESPUMA	-	3
metronidazol gel (equiv. METROGEL)	-	3
metronidazol loción (equiv. METROLOTION)	-	3
brimonidina tartrato gel (equiv. MIRVASO)	-	EXC
MIRVASO GEL	-	EXC
RHOFADE CREMA	-	EXC
DAZOMON GEL	-	NC
doxiciclina (rosácea) cápsulas de liberación retardada (equiv. ORACEA)	-	NC
EMROSI CÁPSULAS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
FINACEA GEL	-	NC
IVERMECTINA CREMA	-	NC
METROCREAM	-	NC
METROGEL 1 %	-	NC
METROLOTION	-	NC
NORITATE CREMA	-	NC
ORACEA CÁPSULAS	-	NC
ROSDAN KIT	-	NC
SOOLANTRA CREMA	-	NC
ZILXI ESPUMA	-	NC
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
permetrina crema (equiv. ELIMITE CREMA)	-	2
SPINOSAD SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)	QL	3
LINDANE SHAMPOO	-	4
malatión loción (equiv. OVIDE) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	4
NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)	QL	4
CROTAN LOCIÓN	-	NC
ELIMITE CREMA	-	NC
IVERMECTINA LOCIÓN	-	NC
OVIDE LOCIÓN	-	NC
SKLICE LOCIÓN	-	NC
PRODUCTOS DE TRATAMIENTO PARA CICATRICES		
SCARCIN GEL	-	NC
scarcin gel (equiv. SCARCIN)	-	NC
SCARCIN LÍQUIDO A BOLILLA	-	NC
SILIPAC KIT	-	NC
PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS		
REGRANEX GEL (QL= 30gm/reposición)	QL	3
ALEVICYN SOLUCIÓN DÉRMICA	-	NC
BIAFINE EMULSIÓN	-	NC
cicatrace kit (equiv. REXASIL)	-	NC
COLLANEX POLVO EXTERNO	-	NC
FILSUVEZ GEL	-	NC
KERAMATRIX	-	NC
KERASTAT CREMA	-	NC
KERASTAT GEL	-	NC
GELES PARA VENDAJE DE HERIDAS	-	NC
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO		
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIAGNÓSTICO)	-	NC
FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO		
GLUCAGEN INYECTABLE	-	3
GLUCAGÓN DIAGNÓSTICO INYECTABLE	-	NC
MACRILEN PAQUETE	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO Cont.

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO, MISC.

FREESTYLE LITE TIRAS REACTIVAS	OTC	3
--------------------------------	-----	---

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

CLINISTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2
KETO-DIASTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2
KETOSTIX	OTC	2
ACCU-CHEK GUIDE TIRAS REACTIVAS	OTC	3
FREESTYLE INSULINX TIRAS REACTIVAS	OTC	3
FREESTYLE PRECISION NEO TIRAS REACTIVAS	OTC	3
FREESTYLE TIRAS REACTIVAS	OTC	3
GLUCOCARD EXPRESSION TIRAS REACTIVAS	-	3
GLUCOCARD SHINE TIRAS REACTIVAS	-	3
GLUCOCARD VITAL TIRAS REACTIVAS	-	3
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS	OTC	3
COVID-19 TEST	OTC	EXC
CUE COVID-19 CARTUCHO DE PRUEBA	OTC	EXC
CUE MONITOR DE SALUD	OTC	EXC
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS DE CETONAS	OTC	NC
TIRAS REACTIVAS (todas las demás tiras reactivas)	OTC	NC

MEDIOS DE CONTRASTE RADIOGRÁFICOS

OMNIPAQUE SOLUCIÓN	-	NC
SITZMARKS CÁPSULAS	-	NC

PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA

PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA

ASTAMED MYO CÁPSULAS	-	EXC
DEPLIN CÁPSULAS	-	EXC
ELIGEN B12 COMPRIMIDOS	-	EXC
FALESSA COMPRIMIDOS	-	EXC
FOLTANX COMPRIMIDOS	-	EXC
GLYGEST PAK	-	EXC
L-METILFOLATO COMPRIMIDOS	-	EXC
LUVIRA CÁPSULAS	-	EXC
METANX CÁPSULAS	-	EXC
OLLIZAC POLVO	-	EXC
PODIAPN CÁPSULAS	-	EXC
XAQUIL XR COMPRIMIDOS	-	EXC
XYZBAC COMPRIMIDOS	-	EXC

AYUDA DIGESTIVA

ENZIMAS DIGESTIVAS

CREON CÁPSULAS	-	NC
PANCREAZE CÁPSULAS, PERTZYE CÁPSULAS, ULTRESA CÁPSULAS, ZENPEP CÁPSULAS	-	NC
SUCRAID SOLUCIÓN	-	NC

DIURÉTICOS

INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DIURÉTICOS Cont.		
acetazolamida comprimidos	-	2
acetazolamida ER (liberación prolongada) cápsulas (equiv. DIAMOX SEQUEL)	-	3
metazolamida comprimidos (equiv. NEPTAZANE)	-	3
diclorfenamida comprimidos (equiv. KEVEYIS)	-	NC
KEVEYIS COMPRIMIDOS	-	NC
NEPTAZANE COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES DIURÉTICAS		
AMILORIDA/HCTZ COMPRIMIDOS	-	2
amilorida/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MODURETIC)	-	2
espironolactona/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ALDACTAZIDE)	-	2
triamtereno/hidroclorotiazida cápsulas (equiv. DYZIDE)	-	2
triamtereno/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MAXZIDE)	-	2
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS 50-50 MG	-	4
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS	-	NC
MAXZIDE COMPRIMIDOS	-	NC
DIURÉTICOS DEL ASA		
bumetanida comprimidos (equiv. BUMEX)	-	2
FUROSEMIDA SOLUCIÓN	-	2
furosemida solución (equiv. LASIX)	-	2
furosemida comprimidos (equiv. LASIX)	-	2
torsemida comprimidos (equiv. DEMADDEX)	-	2
torsemida comprimidos 20 mg (equiv. SOAANZ)	-	2
etacrínico comprimidos (equiv. EDECRIN)	-	3
FUROSCIX KIT (QL= 8 iny./reposición; únicamente disponible a través de Onco360 o CareMed 877-662-6633)	LD-QL	5
EDECRIN COMPRIMIDOS	-	NC
LASIX COMPRIMIDOS	-	NC
SOAANZ COMPRIMIDOS	-	NC
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
manitol solución (equiv. OSMITROL)	-	NC
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
amilorida comprimidos (equiv. MIDAMOR)	-	2
espironolactona comprimidos (equiv. ALDACTONE)	-	2
triamtereno cápsulas (equiv. DYRENIUM)	-	3
ALDACTONE COMPRIMIDOS	-	NC
DYRENIUM CÁPSULAS	-	NC
espironolactona suspensión (equiv. CAROSPIR)	-	NC
TIAZIDAS Y DIURÉTICOS TIAZIDAS		
CLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS	-	2
clorotiazida comprimidos (equiv. DIURIL)	-	2
clortalidona comprimidos	-	2
hidroclorotiazida cápsulas (equiv. MICROZIDE)	-	2
hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYDRODIURIL)	-	2
indapamida comprimidos (equiv. LOZOL)	-	2
metolazona comprimidos (equiv. ZAROXOLYN)	-	2
DIURIL SUSPENSIÓN	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DIURÉTICOS Cont.		
INZIRQO SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
THALITONE COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.		
INHIBIDORES DE LOS ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA COMPRIMIDOS	-	NC
RECORLEV COMPRIMIDOS	-	NC
REGULADORES DE LA DENSIDAD ÓSEA		
alendronato comprimidos (equiv. FOSAMAX)	-	2
ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL= 1 comprimido/30 días)	QL	2
ALENDRONATO COMPRIMIDOS 40 MG	-	3
calcitonina spray nasal (equiv. MIACALCIN)	-	3
risedronato comprimidos (equiv. ACTONEL)	-	3
alendronato de sodio solución oral (equiv. FOSAMAX)	-	4
risedronato DR comprimidos (equiv. ATELVIA) (La terapia escalonada requiere la prueba de alendronato)	ST	4
TYMLOS INYECTABLE	MSP	5
XGEVA INYECTABLE	MSP-PA	5
ACTONEL COMPRIMIDOS	-	NC
ATELVIA COMPRIMIDOS	-	NC
BINOSTO COMPRIMIDOS	-	NC
BONIVA COMPRIMIDOS 150 MG	-	NC
BONSITY INYECTABLE	-	NC
calcitonina inyectable (equiv. MIACALCIN)	-	NC
FORTEO INYECTABLE	-	NC
FOSAMAX COMPRIMIDOS	-	NC
FOSAMAX+D COMPRIMIDOS	-	NC
MIACALCIN INYECTABLE	-	NC
pamidronato inyectable	-	NC
PROLIA INYECTABLE	-	NC
teriparatida (recombinante) solución en pluma inyectable 600 mcg/2.4 ml (equiv. FORTEO)	-	NC
TERIPARATIDA INYECTABLE 560 MCG/2.24 ML	-	NC
ZOMETA INYECTABLE	-	NC
CORTICOTROPINA		
ACTHAR GEL AUTOINYECTOR	-	NC
ACTHAR GEL INYECTABLE	-	NC
CORTROPHIN INYECTABLE	-	NC
CORTROFIN GEL INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL FACTOR LIBERADOR DE CORTICOTROPINA (CRF)		
CRENESSITY CÁPSULAS	-	NC
CRENESSITY SOLUCIÓN	-	NC
REGULADORES DE LA FERTILIDAD		
PREGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECTABLE	INF-M	6
clomifeno citrato comprimidos (equiv. CLOMID)	INF	NC
CLOMIFENO COMPRIMIDOS	INF	NC
FOLLISTIM AQ INYECTABLE	INF	NC
GONAL-F RFF INYECTABLE	INF	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. Cont.		
GONAL-F RFF INYECTABLE, GONAL-F INYECTABLE	INF	NC
MENOPUR INYECTABLE	INF	NC
OVIDREL INYECTABLE	INF	NC
ANTAGONISTAS GNRH/LHRH		
ORILISSA COMPRIMIDOS 150 MG (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3
ORILISSA COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3
cetrorelix acetato para kit inyectable (equiv. CETROTIDE)	INF	NC
CETROTIDE KIT	INF	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO		
SOMAVERT INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
HORMONA LIBERADORA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH)		
EGRIFTA INYECTABLE	-	EXC
EGRIFTA WR KIT	-	EXC
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
SOGROYA INYECTABLE	MSP-PA	4
GENOTROPIN INYECTABLE	MSP-PA	5
GENOTROPIN INYECTABLE 5 MG	MSP-PA	5
OMNITROPE INYECTABLE	MSP-PA	5
HUMATROPE INYECTABLE, ZOMACTON INYECTABLE	-	NC
NGENLA INYECTABLE	-	NC
NORDITROPIN INYECTABLE, NUTROPIN AQ INYECTABLE	-	NC
SAIZEN INYECTABLE, SEROSTIM INYECTABLE, ZORBTIVE INYECTABLE	-	NC
SKYTROFA INYECTABLE	-	NC
ZOMACTON INYECTABLE	-	NC
MODULADORES DE LOS RECEPTORES DE HORMONAS		
raloxifeno comprimidos (equiv. EVISTA) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o mayores; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
EVISTA COMPRIMIDOS	-	NC
OSPHENA COMPRIMIDOS	-	NC
FACTORES DE CRECIMIENTO SIMILARES A LA INSULINA (SOMATOMEDINAS)		
INCRELEX INYECTABLE (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD	5
SUPRESORES DE LA HIPÓFISIS ANÁLOGOS AGONISTAS DE LHRH/GNRH		
SYNAREL SOLUCIÓN NASAL	-	3
LUPRON DEPOT PED INYECTABLE	MSP	5
LUPRON DEPOT-PED INYECTABLE	MSP	5
LUPANETA PACK	-	NC
SUPRESORES DE SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS		
VEOZAH COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
MODIFICADORES METABÓLICOS		
calcitriol cápsulas (equiv. ROCALTROL)	-	2
calcitriol solución (equiv. ROCALTROL)	-	2
levocarnitina solución (equiv. CARNITOR)	-	2
levocarnitina comprimidos (equiv. CARNITOR)	-	2
cinacalcet comprimidos (equiv. SENSIPAR)	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. Cont.		
DOXERCALCIFEROL CÁPSULAS	-	3
doxercalciferol cápsulas (equiv. HECTOROL)	-	3
paricalcitol cápsulas (equiv. ZEMPLAR)	-	3
fenilbutirato de sodio polvo (equiv. BUPHENYL)	-	3
fenilbutirato de sodio comprimidos (equiv. BUPHENYL)	-	3
CARBAGLU comprimidos (Únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376)	LD-PA	5
ácido carglúmico comprimidos (equiv. CARBAGLU) (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA	5
CYSTADANE POLVO (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD	5
GALAFOLD CÁPSULAS (QL= 14 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
sapropterina dihidrocloruro polvo en paquete (equiv. KUVAN)	MSP	5
sapropterina dihidrocloruro comprimidos solubles (equiv. KUVAN)	MSP	5
STRENSIQ INY (Únicamente disponible a través de PantherRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA	5
XPHOZAH COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
ALDURAZYME INYECTABLE	-	NC
betaína polvo para solución oral (equiv. CYSTADANE)	-	NC
BUPHENYL POLVO	-	NC
BUPHENYL COMPRIMIDOS	-	NC
CALCITRIOL INYECTABLE	-	NC
CARNITOR SOLUCIÓN	-	NC
CARNITOR COMPRIMIDOS	-	NC
CITRULLINE EASY COMPRIMIDOS	-	NC
FABRAZYME INYECTABLE	-	NC
HARLIKU COMPRIMIDOS	-	NC
HECTOROL CÁPSULAS	-	NC
KUVAN POLVO EN PAQUETE	-	NC
KUVAN COMPRIMIDOS	-	NC
MYALEPT INYECTABLE	-	NC
nitisinona cápsulas (equiv. ORFADIN)	-	NC
NITYR COMPRIMIDOS	-	NC
OLPRUVA PAQUETE	-	NC
OPFOLDA COMPRIMIDOS	-	NC
ORFADIN CÁPSULAS	-	NC
ORFADIN SUSPENSIÓN	-	NC
PALYNZIQ INYECTABLE	-	NC
PHEBURANE GRÁNULOS ORALES	-	NC
RAVICTI LÍQUIDO	-	NC
RAYALDEE CÁPSULAS	-	NC
ROCALTROL CÁPSULAS	-	NC
ROCALTROL SOLUCIÓN	-	NC
SENSIPAR COMPRIMIDOS	-	NC
SEPHIENCE POLVO	-	NC
TRYNGOLZA INYECTABLE	-	NC
VYKAT XR COMPRIMIDOS	-	NC
XURIDEN POLVO	-	NC
YORVIPATH INYECTABLE	-	NC
YORVIPATH INYECTABLE 294 MCG	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. Cont.		
YORVIPATH INYECTABLE 420 MCG	-	NC
ZEMPLAR CÁPSULAS	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE MINERALOCORTICOIDES		
KERENDIA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
KERENDIA COMPRIMIDOS 40 MG	-	NC
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO INYECTABLE (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376)	LD-PA-QL	5
HORMONAS DE LA NEUROHIPÓFISIS		
acetato de desmopresina inyectable (equiv. DDAVP)	-	3
acetato de desmopresina spray nasal (equiv. DDAVP)	-	3
acetato de desmopresina comprimidos (equiv. DDAVP)	-	3
DESMOPRESINA SPRAY NASAL	-	3
STIMATE SOLUCIÓN NASAL	-	3
DDAVP SOLUCIÓN NASAL	-	4
DDAVP INYECTABLE	-	NC
DDAVP SPRAY NASAL	-	NC
DDAVP COMPRIMIDOS	-	NC
NOCDURNA SL COMPRIMIDOS	-	NC
NOCTIVA EMULSIÓN SPRAY	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA PROGESTERONA		
mifepristona comprimidos 200 mg (equiv. MIFIPREX)	-	2
MIFIPREX COMPRIMIDOS	-	4
INHIBIDORES DE LA PROLACTINA		
cabergolina comprimidos (equiv. DOSTINEX)	-	2
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
octreotida inyectable (equiv. SANDOSTATIN)	MSP	5
OCTREOTIDA INYECTABLE 100 MCG	MSP	5
SIGNIFOR INYECTABLE (QL= 2 viales/día; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007)	LD-PA-QL	5
BYNFEZIA PLUMA INYECTABLE	-	NC
MYCAPSSA CÁPSULAS	-	NC
SANDOSTATIN INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE VASOPRESINA		
tolvaptán comprimidos paquete de terapia (equiv. JYNARQUE) (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	2
SAMSCA COMPRIMIDOS 15 MG	MSP	5
TOLVAPTAN COMPRIMIDOS	MSP	5
tolvaptán comprimidos (equiv. SAMSCA)	MSP	5
JYNARQUE PAQUETES	-	NC
SAMSCA COMPRIMIDOS	-	NC

ESTRÓGENOS

COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS		
estradiol/noretindrona comprimidos (equiv. ACTIVELLA)	-	2
jinteli comprimidos (equiv. FEMHRT)	-	2
COMBIPATCH	-	3
ORIAHNN CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día)	PA-QL	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ESTRÓGENOS Cont.		
PREMPHASE COMPRIMIDOS, PREMPRO COMPRIMIDOS	-	3
PREFEST COMPRIMIDOS	-	4
ACTIVELLA COMPRIMIDOS	-	NC
ANGELIQ COMPRIMIDOS	-	NC
BIJUVA CÁPSULAS	-	NC
CLIMARA PRO PARCHES	-	NC
estrógenos esterificados/metiltestosterona comprimidos (equiv. ESTRATEST)	-	NC
ESTRATEST COMPRIMIDOS	-	NC
FEMHRT COMPRIMIDOS	-	NC
MYFEMBREE COMPRIMIDOS	-	NC
ESTRÓGENOS		
estradiol parche (equiv. CLIMARA)	-	2
estradiol parches (equiv. VIVELLE-DOT, MINIVELLE)	-	2
estradiol comprimidos (equiv. ESTRACE)	-	2
ESTROPIPATE COMPRIMIDOS	-	2
estropipate comprimidos (equiv. OGEN)	-	2
estradiol valerato inyectable (equiv. DELESTROGEN) (QL= 5 ml/reposición)	QL	3
PREMARIN COMPRIMIDOS	-	3
ALORA PARCHES	-	4
DELESTROGEN INYECTABLE (QL= 5ml/reposición)	QL	4
MENEST COMPRIMIDOS	-	4
CLIMARA PARCHES	-	NC
DIVIGEL GEL	-	NC
DIVIGEL GEL, ELESTRIN GEL	-	NC
ESTRACE COMPRIMIDOS	-	NC
estradiol td gel (equiv. DIVIGEL)	-	NC
EVAMIST SPRAY	-	NC
MENOSTAR PARCHES	-	NC
VIVELLE-DOT, MINIVELLE PARCHES	-	NC

FLUOROQUINOLONAS

FLUOROQUINOLONAS		
ciprofloxacina comprimidos (equiv. CIPRO)	-	2
levofloxacina solución (equiv. LEVAQUIN)	-	2
levofloxacina comprimidos (equiv. LEVAQUIN)	-	2
OFLOXACINA COMPRIMIDOS	-	2
BAXDELA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	QL-RS	3
ciprofloxacina suspensión (equiv. CIPRO)	-	3
moxifloxacina comprimidos (equiv. AVELOX)	-	3
CIPRO SUSPENSIÓN	-	4
CIPROFLOXACINA 100 MG COMPRIMIDOS	-	4
AVELOX COMPRIMIDOS	-	NC
CIPRO COMPRIMIDOS	-	NC
FACTIVE COMPRIMIDOS	-	NC
LEVAQUIN COMPRIMIDOS	-	NC
PROQUIN XR COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.		
AGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT4		
MOTEGRITY COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
prucaloprida succinato comprimidos (equiv. MOTEGRITY) (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
AGENTES CONTRA EL ESTREÑIMIENTO IDIOPÁTICO CRÓNICO (CIC)		
TRULANCE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3
AGENTES CONTRA EL TRASTORNO DE SÍNTESIS DEL ÁCIDO BILIAR		
CHOLBAM CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de Dohmen LSS 844-246-5226)	LD-PA	5
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FERNESOIDE (FXR)		
OCALIVA COMPRIMIDOS	-	NC
SOLUBILIZANTES DE LOS CÁLCULOS BILIARES		
ursodiol cápsulas (equiv. ACTIGALL)	-	2
ursodiol comprimidos (equiv. URSO (FORTE))	-	2
ACTIGALL CÁPSULAS	-	NC
CHENODAL COMPRIMIDOS, CTEXLI COMPRIMIDOS	-	NC
RELTONE CÁPSULAS	-	NC
URSO FORTE COMPRIMIDOS	-	NC
URSODIOL CÁPSULAS	-	NC
ANTIALÉRGICOS GASTROINTESTINALES		
cromolina concentrada (equiv. GASTROCROM)	-	3
GASTROCROM CONCENTRADO	-	NC
ACTIVADORES DE LOS CANALES DE COLO GASTROINTESTINALES		
lubiproston cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día)	PA-QL	3
AMITIZA CÁPSULAS	-	NC
ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES		
metoclopramida solución (equiv. REGLAN)	-	2
metoclopramida comprimidos (equiv. REGLAN)	-	2
GIMOTI SPRAY NASAL	-	NC
METOSOLV ODT	-	NC
REGLAN COMPRIMIDOS	-	NC
HEPATOTRÓPICOS		
REZDIFFRA COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY CÁPSULAS 1200 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
BYLVAY CÁPSULAS 400 MG (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 200 MG (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MG (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
LIVMARLI SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de Eversana 866-849-4481)	LD-PA-QL	5
LIVMARLI SOLUCIÓN 19 MG/ML	-	NC
LIVMARLI COMPRIMIDOS	-	NC
LIVMARLI COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC
ANTIINFLAMATORIOS INTESTINALES		
balsalazida cápsulas (equiv. COLAZAL)	-	2
sulfasalazina EC comprimidos (equiv. AZULFIDINE)	-	2
sulfasalazina comprimidos (equiv. AZULFIDINE)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. Cont.		
mesalamina DR cápsulas (equiv. DELZICOL)	-	3
mesalamina DR comprimidos (equiv. LIALDA)	-	3
mesalamina enema (equiv. ROWASA)	-	3
mesalamina DR cápsulas (equiv. APRISO)	-	3
mesalamina supositorios (equiv. CANASA)	-	3
DIPENTUM CÁPSULAS	-	4
mesalamina comprimidos (equiv. ASACOL)	-	4
SFROWASA ENEMA	-	4
CIMZIA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2ML (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5
APRISO CÁPSULAS	-	NC
ASACOL HD COMPRIMIDOS	-	NC
ASACOL HD COMPRIMIDOS, MESALAMINA COMPRIMIDOS	-	NC
AZULFIDINA EN COMPRIMIDOS	-	NC
AZULFIDINA COMPRIMIDOS	-	NC
COLAZAL CÁPSULAS	-	NC
DELZICOL CÁPSULAS	-	NC
ENTYVIO SC INYECTABLE	-	NC
LIALDA COMPRIMIDOS	-	NC
mesalamina ER cápsulas (equiv. PENTASA CR)	-	NC
OMVOH INYECTABLE	-	NC
OTULFI INYECTABLE	-	NC
PENTASA CR CÁPSULAS	-	NC
ROWASA KIT	-	NC
TREMFYA INYECTABLE 200 MG/2 ML	-	NC
TREMFYA PAQUETE DE INDUCCIÓN INYECTABLE PARA CROHN	-	NC
VELSIPITY COMPRIMIDOS	-	NC
ZYMFENTRA INYECTABLE	-	NC
ACIDIFICANTE INTESTINAL		
lactulosa solución	-	2
AGENTES CONTRA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE (SCI)		
alosetrón comprimidos (equiv. LOTRONEX)	-	4
LINZESS CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	PA-QL	4
IBSRELA COMPRIMIDOS	-	NC
LOTROXIN COMPRIMIDOS	-	NC
VIBERZI COMPRIMIDOS	-	NC
MICROBIOTA FECAL VIVA		
VOWST CÁPSULAS (QL= 12 cápsulas/reposición; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES PERIFÉRICOS		
MOVANTIK COMPRIMIDOS	PA	3
SYMPROIC COMPRIMIDOS	PA	3
alvimopan cápsulas (equiv. ENTEREG)	-	NC
ENTEREG CÁPSULAS	-	NC
RELISTOR INYECTABLE	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. Cont.		
RELISTOR KIT INYECTABLE	-	NC
RELISTOR COMPRIMIDOS	-	NC
AGONISTAS DEL RECEPTOR ACTIVADO POR PROLIFERADORES PEROXISOMALES (PPAR)		
IQIRVO COMPRIMIDOS	-	NC
LIVDELZI CÁPSULAS	-	NC
QUELANTES DE FOSFATO		
acetato de calcio cápsulas (equiv. PHOSLO)	-	2
acetato de calcio comprimidos (equiv. ELIPHOS)	-	2
FOSRENOL POLVO EN PAQUETE	-	3
carbonato de lantano comprimidos masticables (equiv. FOSRENOL)	-	3
PHOSLYRA SOLUCIÓN	-	3
CARBONATO DE SEVELAMER COMPRIMIDOS	-	3
sevelamer polvo en paquete (equiv. RENVELA)	-	3
sevelamer comprimidos (equiv. RENVELA comprimidos)	-	3
AURYXIA COMPRIMIDOS	-	4
sevelamer hidrócloruro comprimidos (equiv. RENAGEL)	-	4
VELPHORO COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4
ELIPHOS COMPRIMIDOS	-	NC
CITRATO FÉRRICO COMPRIMIDOS	-	NC
FOSRENOL COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
PHOSLO CÁPSULAS	-	NC
RENAGEL COMPRIMIDOS 800 MG	-	NC
RENVELA COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA EL SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO (SIC)		
GATTEX KIT	-	NC
INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO COMPRIMIDOS	-	NC
ANESTÉSICOS GENERALES		
ANESTÉSICOS - MISC.		
KETAMINA HCL PASTILLAS	-	NC
AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS		
ALCALINIZANTES		
CYTRA K CRISTALES	-	2
CYTRA-3 JARABE	-	2
ORACIT SOLUCIÓN	-	2
citrato de potasio CR comprimidos (equiv. UROCIT-K)	-	2
citrato de potasio/ácido cítrico polvo en paquete (equiv. POLYCITRA)	-	2
citrato de potasio/ácido cítrico solución (equiv. POLYCITRA-K)	-	2
citrato de sodio/ácido cítrico solución (equiv. BICITRA)	-	2
tricitratos solución (equiv. POLYCITRA-LC)	-	2
UROKIT-K COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA CISTINOSIS		
CYSTAGON CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-238-7828)	LD	5
PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS Cont.		
IRRIGANTES GENITOURINARIOS		
RENACIDINA SOLUCIÓN	-	NC
cloruro de sodio 0.9% solución para irr.	-	NC
AGENTES PARA LA HIPEROXALURIA		
RIVFLOZA INYECTABLE	-	NC
RIVFLOZA INYECTABLE 160 MG	-	NC
RIVFLOZA VIAL	-	NC
AGENTES PARA LA NEFROPATÍA POR IGA (IGAN)		
FILSPARI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Optum Frontier 855-768-9727 o Caremark/CVS Specialty 800-378-0695)	LD-PA-QL	5
VANRAFIA COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA CISTITIS INTERSTICIAL		
ELMIRON CÁPSULAS	-	NC
PENTOSAN CÁPSULAS	-	NC
AGENTES CONTRA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA		
alfuzosina SR comprimidos (equiv. UROXATRAL)	-	2
dutasterida cápsulas (equiv. AVODART)	-	2
finasterida comprimidos (equiv. PROSCAR)	-	2
silodosina cápsulas (equiv. RAPAFLO)	-	2
tamsulosina cápsulas (equiv. FLOMAX)	-	2
dutasterida/tamsulosina cápsulas (equiv. JALYN)	-	3
AVODART CÁPSULAS	-	NC
CARDURA XL COMPRIMIDOS	-	NC
ENTADFI CÁPSULAS	-	NC
FLOMAX CÁPSULAS	-	NC
JALYN CÁPSULAS	-	NC
PROSCAR COMPRIMIDOS	-	NC
RAPAFLO CÁPSULAS	-	NC
UROXATRAL COMPRIMIDOS	-	NC
ANALGÉSICOS URINARIOS		
fenazopiridina comprimidos (equiv. PYRIDIUM)	-	2
PYRIDIUM COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LOS CÁLCULOS URINARIOS		
tiopronina comprimidos de liberación retardada (equiv. THIOLA EC)	MSP-PA	2
LITHOSTAT COMPRIMIDOS	-	4
tiopronina comprimidos (equiv. THIOLA)	MSP-PA	5
THIOLA EC COMPRIMIDOS	-	NC
THIOLA COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA GOTA		
COMBINACIONES DE AGENTES CONTRA LA GOTA		
colchicina/probenecida comprimidos (equiv. COL-BENEMID)	-	2
DUZALLO COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA GOTA		
alopurinol comprimidos (equiv. ZYLOPRIM)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS
		LD	Distribución limitada
		OTC	De venta libre
		RS	Restricción a especialistas
		ST	Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES CONTRA LA GOTA Cont.		
colchicina comprimidos (equiv. COLCRYS)	-	2
febuxostat comprimidos (equiv. ULORIC) (La terapia escalonada requiere la prueba de alopurinol)	ST	2
alopurinol comprimidos 200 mg	-	NC
COLCHICINA CÁPSULAS	-	NC
colchicina cápsulas (equiv. COLCHICINA)	-	NC
COLCRYS COMPRIMIDOS	-	NC
GLOPERBA SOLUCIÓN	-	NC
ULORIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZURAMPIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZYLOPRIM COMPRIMIDOS	-	NC
URICOSÚRICOS		
probenecida comprimidos (equiv. BENEMID)	-	2

AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.

PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS

HEMLIBRA INYECTABLE	MSP-PA	5
ADVATE, KOVALTRY INYECTABLE	-	EXC
ADYNOVATE INYECTABLE	-	EXC
AFSTYLA KIT	-	EXC
ALPHANATE, HUMATE-P INYECTABLE	-	EXC
ALPHANINE SD INYECTABLE	-	EXC
ALPROLIX INYECTABLE	-	EXC
ALTUVIIIIO INYECTABLE	-	EXC
BENEFIX INYECTABLE	-	EXC
COAGADEX INYECTABLE	-	EXC
CORIFACT KIT	-	EXC
ELOCTATE INYECTABLE	-	EXC
ESPEROCT INYECTABLE	-	EXC
FEIBA INYECTABLE	-	EXC
FIBRYGA, RIASTAP INYECTABLE	-	EXC
HEMOFIL M, KOATE INYECTABLE	-	EXC
IDELVION INYECTABLE	-	EXC
IXINITY INYECTABLE	-	EXC
JIVI INYECTABLE	-	EXC
KOGENATE FS INYECTABLE	-	EXC
NOVOEIGHT INYECTABLE	-	EXC
NOVOSEVEN RT INYECTABLE	-	EXC
NUWIQ INYECTABLE	-	EXC
NUWIQ KIT	-	EXC
OBIZUR INYECTABLE	-	EXC
PROFILNINE INYECTABLE	-	EXC
REBINYN INYECTABLE	-	EXC
RECOMBINATE INYECTABLE	-	EXC
RIXUBIS INYECTABLE	-	EXC
SEVENFACT INYECTABLE	-	EXC
TRETTEN INYECTABLE	-	EXC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. Cont.		
VONVENDI INYECTABLE	-	EXC
WILATE INYECTABLE	-	EXC
XYNTHA INYECTABLE	-	EXC
ALHEMO INYECTABLE	-	NC
HYMPAVZI INYECTABLE	-	NC
QFITLIA INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR B2 DE BRADICININA		
icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR)	MSP-PA	5
FIRAZYR INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
BERINERT INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
CINRYZE INYECTABLE (QL= 16 viales/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
HAEGARDA INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, OptionCare 972-536-7355, Optum 877-445-6874, Orsini 800-410-8575 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
RUCONEST INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA	5
TAVNEOS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
EMPAVELI INYECTABLE	-	NC
FABHALTA CÁPSULAS	-	NC
VOYDEYA COMPRIMIDOS	-	NC
VOYDEYA PAQUETE DE TERAPIA COMPRIMIDOS	-	NC
ZILBRYSQ INYECTABLE	-	NC
ZILBRYSQ INYECTABLE 23 MG	-	NC
ZILBRYSQ INYECTABLE 32.4 MG	-	NC
HEMATOLÓGICO - INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA		
TAVALISSE COMPRIMIDOS	-	NC
WAYRILZ COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
pentoxifilina ER comprimidos (equiv. TRENTAL)	-	2
INHIBIDORES DEL FACTOR XIIA PLASMÁTICO		
ANDEMBRY INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DE LA CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
TAKHZYRO INYECTABLE 150 MG/ML (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
EKTERLY COMPRIMIDOS	-	NC
ORLADEYO CÁPSULAS	-	NC
ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS		
anagrelida cápsulas (equiv. AGRYLIN)	-	2
cilostazol comprimidos (equiv. PLETAL)	-	2
clopidogrel comprimidos 75 mg (equiv. PLAVIX)	-	2
dipiridamol comprimidos (equiv. PERSANTINE)	-	2
prasugrel comprimidos (equiv. EFFIENT)	-	2
aspirina/dipiridamol cápsulas (equiv. AGGRENOLX)	-	3
ticagrelor comprimidos (equiv. BRILINTA)	-	3
ASPIRINA/OMEPRAZOL ER COMPRIMIDOS	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC = No cubierto		
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
M = Exclusión del plan	INF = Infertilidad	LD = Distribución limitada
PA = Beneficio médico	MSP = Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC = De venta libre
SF = Autorización previa	QL = Límite de cantidad	RS = Restricción a especialistas
VAC = Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG = Abandono del tabaquismo	ST = Terapia escalonada
Programa de vacunación	¢ = RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. Cont.		
ZONTIVITY COMPRIMIDOS (Restringido para especialistas en cardiología)	RS	4
CABLIVI KIT INYECTABLE (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
AGRYLIN CÁPSULAS	-	NC
BRILINTA COMPRIMIDOS	-	NC
CLOPIDOGREL PAQUETE DE TERAPIA	-	NC
EFFIENT COMPRIMIDOS	-	NC
PLAVIX COMPRIMIDOS 300 MG	-	NC
PLAVIX COMPRIMIDOS 75 MG	-	NC
YOSPRALA COMPRIMIDOS	-	NC
OLIGONUCLEÓTIDOS ANTISENTIDO DIRIGIDOS CONTRA LA PRECALICREÍNA (ASO)		
DAWNZERA INYECTABLE	-	NC
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA		
PYRUKYND COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
PYRUKYND TAPER PAQUETE (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS		
AGENTES CONTRA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER		
miglustat cápsulas (equiv. ZAVESCA) (únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA	5
CERDELGA CÁPSULAS	-	NC
ZAVESCA CÁPSULAS	-	NC
AGENTES CONTRA LA ANEMIA FALCIFORME		
DROXIA CÁPSULAS	-	3
OXBRYTA COMPRIMIDOS	-	NC
SIKLOS COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES		
l-glutamina polvo en paquete (equiv. ENDARI) (QL= 6 paquetes/día)	MSP-PA-QL	2
XROMI SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
ENDARI POLVO EN PAQUETE	-	NC
OXBRYTA COMPRIMIDOS PARA SUSPENSIÓN ORAL	-	NC
COBALAMINAS		
cianocobalamina inyectable	-	2
cianocobalamina spray nasal 500 mcg/0.1 ml (equiv. NASCOBAL)	-	4
NASCOBAL SPRAY	-	4
ÁCIDO FÓLICO/FOLATOS		
ácido fólico comprimidos 1 mg (\$0 de copago solo para miembros femeninos; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
ácido fólico comprimidos 400 mcg (Cubierto solo para miembros femeninos)	OTC	1
ácido fólico comprimidos 800 mcg (Cubierto solo para miembros femeninos)	OTC	1
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
eltrombopag olamina paquete de polvo para suspensión (equiv. PROMACTA) (QL= 1 paquete/día)	MSP-PA-QL	2
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2
eltrombopag olamina comprimidos 75mg (equiv. PROMACTA) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2
PROCRIT INYECTABLE	-	3
RETACRIT INY.	-	3
DOPTLET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS Cont.		
FULPHILA INYECTABLE	MSP	5
NIVESTYM INYECTABLE	MSP	5
ZARXIO INYECTABLE	MSP	5
ALVAIZ COMPRIMIDOS	-	NC
ARANESP INYECTABLE	-	NC
FYLNETRA INYECTABLE	-	NC
GRANIX INYECTABLE	-	NC
JESDUVROQ COMPRIMIDOS	-	NC
LEUKINE INYECTABLE	-	NC
MIRCERA INYECTABLE	-	NC
MULPLETA COMPRIMIDOS	-	NC
NEULASTA INYECTABLE	-	NC
NEUPOGEN INYECTABLE	-	NC
NYPOZI INYECTABLE	-	NC
NYVEPRIA INYECTABLE	-	NC
PROMACTA POLVO	-	NC
PROMACTA COMPRIMIDOS	-	NC
REBLOZYL INYECTABLE	-	NC
RELEUKO INYECTABLE	-	NC
RELEUKO INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	-	NC
STIMUFEND INYECTABLE	-	NC
UDENYCA INYECTABLE	-	NC
VAFSEO COMPRIMIDOS	-	NC
ZIEXTENZO INYECTABLE	-	NC
MEZCLAS HEMATOPOYÉTICAS		
ferrex 150 forte cápsulas	-	2
HIERRO POLISACÁRIDO/ÁCIDO	-	2
TREÓNICO/B12/FA CÁPSULAS	-	2
MULTIGEN FÓLICO COMPRIMIDOS	-	2
MULTIGEN PLUS COMPRIMIDOS	-	2
MULTIGEN COMPRIMIDOS	-	2
tricon cápsulas (equiv. TRINSICON)	-	2
NEPHRON FA COMPRIMIDOS	-	3
FERREX 28 COMPRIMIDOS	-	4
multivitaminas comprimidos	-	4
BENTIVITE COMPRIMIDOS	-	NC
BIFERARX COMPRIMIDOS	-	NC
B-SERENE TOALLITAS	-	NC
CORVITE COMPRIMIDOS	-	NC
CYFOLEX CÁPSULAS	-	NC
FEONYX COMPRIMIDOS	-	NC
FERIVA 21/7 COMPRIMIDOS	-	NC
FERRO-PLEX COMPRIMIDOS	-	NC
folbee comprimidos (equiv. FOLGARD RX)	-	NC
FOLGARD RX COMPRIMIDOS	-	NC
FOLITE COMPRIMIDOS	-	NC
FOLVITE-FE COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS		
MULTIVITAMINAS COMPRIMIDOS	-	NC
OVEEZA CÁPSULAS	-	NC
PUREFOLIX COMPRIMIDOS	-	NC
HIERRO		
ACCRUFER CÁPSULAS	-	NC
sulfato ferroso elixir	OTC	NC
SULFATO FERROSO LÍQUIDO	OTC	NC
sulfato ferroso solución	OTC	NC
MOVILIZADORES DE CÉLULAS PRECURSORAS		
MOZOBIL INYECTABLE	-	NC
plerixafor subcutáneo inyectable (equiv. MOZOBIL)	-	NC
XOLREMDI CÁPSULAS	-	NC
HEMOSTÁTICOS		
HEMOSTÁTICOS - SISTÉMICOS		
ácido aminocaproico solución (equiv. AMICAR)	-	3
ácido aminocaproico comprimidos (equiv. AMICAR)	-	3
ácido tranexámico comprimidos (equiv. LYSTEDA)	-	3
AMICAR SOLUCIÓN	-	NC
AMICAR COMPRIMIDOS	-	NC
CYKLOKAPRON INYECTABLE	-	NC
LYSTEDA COMPRIMIDOS	-	NC
ácido tranexámico inyectable (equiv. CYKLOKAPRON)	-	NC
HIPNÓTICOS		
HIPNÓTICOS NO BARBITÚRICOS		
zolpidem comprimidos (equiv. AMBIEN) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE OREXINA		
BELSOMRA COMPRIMIDOS	-	4
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS		
fenobarbital elixir	-	2
FENOBARBITAL COMPRIMIDOS	-	2
SECONAL CÁPSULAS	-	3
HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS		
doxepina comprimidos (equiv. SILENOR)	-	NC
HIPNÓTICOS NO BARBITÚRICOS		
estazolam comprimidos (equiv. PROSOM)	-	2
eszopiclona comprimidos (equiv. LUNESTA) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2
midazolam inyectable (equiv. MIDAZOLAM) (Restringido a especialistas en Neurología)	RS	2
temazepam cápsulas 15 mg (equiv. RESTORIL)	-	2
temazepam cápsulas 30 mg (equiv. RESTORIL)	-	2
triazolam comprimidos (equiv. HALCION)	-	2
zaleplón cápsulas (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsula/día)	QL	2
zolpidem ER comprimidos (equiv. AMBIEN CR) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2
temazepam cápsulas 22.5 mg (equiv. RESTORIL)	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

EXC	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M	NC/3P = No cubierto, revisor externo		
PA	Exclusión del plan	INF	Distribución limitada
SF	Beneficio médico	MSP	De venta libre
VAC	Autorización previa	QL	Restricción a especialistas
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Terapia escalonada
	Programa de vacunación	€	
		RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO Cont.		
temazepam cápsulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL)	-	4
AMBIEN CR COMPRIMIDOS	-	NC
AMBIEN COMPRIMIDOS	-	NC
EDLUAR SL COMPRIMIDOS	-	NC
FLURAZEPAM CÁPSULAS	-	NC
HALCION COMPRIMIDOS	-	NC
INTERMEZZO SL COMPRIMIDOS	-	NC
LUNESTA COMPRIMIDOS	-	NC
QUAZEPAM COMPRIMIDOS	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 15 MG	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 22.5 MG	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 30 MG	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 7.5 MG	-	NC
ZOLPIDEM CÁPSULAS	-	NC
tartrato de zolpidem SL comprimidos (equiv. INTERMEZZO)	-	NC
ZOLPIMIST SPRAY	-	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE OREXINA		
DAYVIGO COMPRIMIDOS	-	NC
QUVIVIQ COMPRIMIDOS	-	NC
AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE MELATONINA		
ramelteón comprimidos (equiv. ROZEREM) (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
HETLIOZ CÁPSULAS	-	NC
HETLIOZ SUSPENSIÓN	-	NC
ROZEREM COMPRIMIDOS	-	NC
tasimelteon cápsulas (equiv. HETLIOZ)	-	NC

LAXANTES

COMBINACIONES LAXANTES

GAVILYTE-C SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
GOLYTELY SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
peg 3350 solución (equiv. 100 gramos de Moviprep) (equiv. MOVIPREP) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
peg 3350/electrolitos solución (equiv. COLYTE) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
peg 3350/electrolitos solución (equiv. NULYTELY) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
sodio/magnesio/potasio solución (equiv. SUPREP) (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; todos los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
SUFLAVE SOLUCIÓN (QL= 2 reposiciones/año calendario)	QL	3
CLENPIQ SOLUCIÓN	-	NC
MOVIPREP SOLUCIÓN	-	NC
PEG KIT DE PREPARACIÓN	-	NC
PLENVU SOLUCIÓN	-	NC
SUPREP PAQUETE DE PREPARACIÓN INTESTINAL	-	NC
SUTAB COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

LAXANTES Cont.

LAXANTES - MISCELÁNEOS

lactulosa solución	-	2
GIALAX KIT	-	NC
lactulosa paquete de cristales orales	-	NC
MIRALAX	OTC	NC
MIRALAX PAQUETE	OTC	NC
polietilenglicol 3350 polvo (equiv. MIRALAX)	OTC	NC
polietilenglicol paquete (equiv. MIRALAX)	OTC	NC

LAXANTES SALINOS

OSMOPREP COMPRIMIDOS	-	NC
----------------------	---	----

ANESTÉSICOS LOCALES-PARENTERALES

COMBINACIONES DE ANESTÉSICOS LOCALES

ROPIVACAÍNA/CLONIDINA/KETOROLACO INYECTABLE	-	NC
---	---	----

MACRÓLIDOS

AZITROMICINA

azitromicina suspensión (equiv. ZITHROMAX)	-	2
azitromicina comprimidos (equiv. ZITHROMAX)	-	2
ZITHROMAX POLVO EN PAQUETE	-	4
ZITHROMAX SUSPENSIÓN	-	NC
ZITHROMAX COMPRIMIDOS	-	NC

CLARITROMICINA

claritromicina comprimidos (equiv. BIAXIN)	-	2
CLARITROMICINA SUSPENSIÓN	-	3
claritromicina ER comprimidos (equiv. BIAXIN XL)	-	4
BIAXIN COMPRIMIDOS	-	NC

ERITROMICINAS

ERITROMICINA CÁPSULAS DR	-	3
eritromicina DR cápsulas (equiv. ERYC)	-	3
ERITROMICINA EC CÁPSULAS	-	3
eritromicina etilsuccinato suspensión (equiv. ERYPED)	-	3
eritromicina comprimidos (equiv. ERYTHROMYCIN) (todas las formas, salvo PCE)	-	3
E.E.S. COMPRIMIDOS	-	4
eritromicina etilsuccinato comprimidos (equiv. E.E.S.)	-	4
eritromicina comprimidos (equiv. ERY-TAB)	-	4
PCE COMPRIMIDOS	-	4
ERYPED SUSPENSIÓN	-	NC

FIDAXOMICINA

DIFICID SUSPENSIÓN (QL= 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3
DIFICID COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3
fidaxomicina comprimidos (equiv. DIFICID) (QL= 20 comprimidos/recarga; la terapia escalonada requiere prueba de cápsula de vancomicina o solución Firvanq)	QL-ST	3

DISPOSITIVOS MÉDICOS

INSUMOS PARA TERAPIA PARENTERAL

INPEN DISPOSITIVO DE INYECCIÓN DE INSULINA	-	NC
--	---	----

DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTICONCEPTIVOS		
CERVICAL CÁPSULAS	-	1
DIAFRAGMA	-	1
CONDONES FEMENINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1
CONDONES MASCULINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1
INSUMOS PARA DIABÉTICOS		
ACCU-CHEK GUIDE MEDIDOR	OTC	1
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	OTC	1
FREESTYLE FREEDOM LITE MEDIDOR	OTC	1
FREESTYLE LITE MEDIDOR	OTC	1
FREESTYLE PRECISION NEO MEDIDOR	OTC	1
PRECISION XTRA MEDIDOR	OTC	1
LÍQUIDO DE CALIBRACIÓN	OTC	2
DISPOSITIVO DE LANCETA	OTC	2
KIT DE LANCETA	OTC	2
LANCETAS	OTC	2
DEXCOM G6 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G6 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G6 TRANSMISOR (QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G7 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G7 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS) (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS) (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
GLUCOCARD 01 KIT DE GLUCÓMETRO C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD 01-MINI KIT DE GLUCOSA C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD EXPRESSION KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD KIT SHINE	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS Cont.		
GLUCOCARD SHINE CONNEX KIT C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD SHINE EXPRESS KIT C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD VITAL KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD X-METER KIT C/DISPOSITIVO	-	3
OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días)	QL	3
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días)	QL	3
OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año)	QL	3
ONETOUCH DELICA LANCETAS	OTC	3
ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS	OTC	3
ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS	OTC	3
TEMPO SMART BUTTON (QL= 1 botón/8 meses)	QL	3
V-GO KIT INYECTABLE (QL= 1 kit/día)	QL	3
MEDIDOR DE GLUCOSA (todos los demás medidores de glucosa)	OTC	NC
OMNIPOD DASH PDM KIT	-	NC
TWIIST KIT DE RECARGA	-	NC
TWIIST KIT DE INICIO	-	NC
MISC. DISPOSITIVOS		
GASA CON ALCOHOL	OTC	2
PRODUCTOS DE HIGIENE ORAL		
HURRISEAL MIS SNAP	-	NC
INSUMOS PARA TERAPIA PARENTERAL		
JERINGA DE INSULINA B-D	--OTC	2
AGUJA PARA PLUMA B-D	OTC	2
EMBECTA JERINGA DE INSULINA	--OTC	2
EMBECTA AGUJA PARA PLUMA	OTC	2
NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	OTC	2
NOVOTWIST AGUJA PARA PLUMA	OTC	2
NOVOTWIST/NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	OTC	2
CEQUR SIMPLICITY	-	NC
JERINGA DE INSULINA	OTC	NC
AGUJA PARA PLUMA	OTC	NC
INSUMOS PARA TERAPIA RESPIRATORIA		
MEDIDOR DE FLUJO PICO	OTC	2
AEROCHAMBER	OTC	3
INSUMOS PARA AEROCHAMBER	-	3

PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA

ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA Cont.		
ZAVZPRET SPRAY NASAL (QL= 6 unidades/reposición; 60 unidades/365 días)	PA-QL	3
QULIPTA COMPRIMIDOS	-	NC
UBRELVY COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES PARA LA MIGRAÑA		
tartrato de ergotamina/cafeína comprimidos (equiv. CAFERGOT)	-	4
ERGOTAMINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS	-	4
ACETAMINOFENO/ISOMETEPTENO/DICLORAL CÁPSULAS	-	NC
acetaminofeno/isometepteno/dicloral cápsulas (equiv. MIDRIN)	-	NC
ISOMETEPTENO/CAFEÍNA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS	-	NC
isometepteno/cafeína/acetaminofeno comprimidos (equiv. PRODRIN)	-	NC
MIGERGOT SUPOSITARIOS	-	NC
PRODRIN COMPRIMIDOS	-	NC
SUMANSETRON PAK	-	NC
sumatriptán/naproxeno comprimidos (equiv. TREXIMET)	-	NC
SYMBRAVO COMPRIMIDOS	-	NC
TREXIMET COMPRIMIDOS	-	NC
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA		
ERGOMAR SL COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/28 días)	PA-QL	4
D.H.E. INYECTABLE	-	NC
dihidroergotamina mesilato inyectable (equiv. D.H.E.)	-	NC
dihidroergotamina mesilato spray nasal (equiv. MIGRANAL)	-	NC
MIGRANAL SPRAY	-	NC
TRUDHESA SPRAY NASAL	-	NC
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
AIMOVIG INYECTABLE (QL = 1 paquete/28 días)	PA-QL	3
AJOVY INYECTABLE (QL = 1 paquete/28 días)	PA-QL	3
EMGALITY INYECTABLE	-	NC
EMGALITY INYECTABLE 100 MG/ML	-	NC
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - AINE		
CAMBIA POLVO	-	NC
diclofenaco potásico (migraña) paquete (equiv. CAMBIA)	-	NC
ELYXYB SOLUCIÓN	-	NC
AGONISTAS DE LA SEROTONINA		
rizatriptán ODT (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días)	QL	2
rizatriptán comprimidos (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días)	QL	2
sumatriptán comprimidos (equiv. IMITREX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	2
eletriptán comprimidos (equiv. RELPAX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
naratriptán comprimidos (equiv. AMERGE) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
SUMATRIPTÁN INYECTABLE (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
sumatriptán inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
SUMATRIPTÁN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
sumatriptán spray nasal (equiv. IMITREX, SUMATRIPTÁN) (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
sumatriptán vial inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 5 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
zolmitriptán ODT (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
zolmitriptán comprimidos (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA Cont.		
almotriptán comprimidos (QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
IMITREX INYECTABLE (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
zolmitriptán spray nasal (equiv. ZOLMITRIPTÁN, ZOMIG) (QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ZOLMITRIPTAN SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ZOLMITRIPTAN SPRAY, ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ALSUMA INYECTABLE, ZEMBRACE SYMTOUCH INYECTABLE	-	NC
AMERGE COMPRIMIDOS	-	NC
AXERT COMPRIMIDOS	-	NC
FROVA COMPRIMIDOS	-	NC
frovatriptán comprimidos (equiv. FROVA)	-	NC
IMITREX INYECTABLE	-	NC
IMITREX COMPRIMIDOS	-	NC
IMITREX VIAL INYECTABLE	-	NC
MAXALT MLT COMPRIMIDOS	-	NC
MAXALT COMPRIMIDOS	-	NC
ONZETRA XSAIL	-	NC
RELPAK COMPRIMIDOS	-	NC
REYVOW COMPRIMIDOS	-	NC
SUMAVEL DOSEPRO INYECTABLE	-	NC
TOSYMRA SOLUCIÓN	-	NC
ZECUITY PARCHES	-	NC
ZOMIG COMPRIMIDOS	-	NC
ZOMIG ZMT	-	NC

MINERALES Y ELECTROLITOS

FLÚOR

FLUORABON SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros están cubiertos con un copago de marca preferida)	-	1
sodio fluoruro solución (equiv. LURIDE) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
SODIO FLUORURO COMPRIMIDOS (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
sodio fluoruro comprimidos (equiv. LURIDE) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1

MAGNESIO

MAGNESIO SULFATO INYECTABLE	-	NC
magnesio sulfato inyectable	-	NC

FOSFATO

phospha 250 neutral comprimidos (equiv. K-PHOS NEUTRAL)	-	2
K-PHOS COMPRIMIDOS	-	3
potasio fosfato monobásico comprimidos (equiv. K-PHOS)	-	3
K-PHOS NEUTRAL COMPRIMIDOS	-	NC

POTASIO

K-TAB	-	2
POTASIO/CLORURO COMPRIMIDOS EFERVESCENTES	-	2
potasio bicarbonato comprimidos efervescentes (equiv. K-LYTE)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

EXC	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	genérico = letras minúsculas	LD	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M	Exclusión del plan	MSP	Infertilidad	OTC	Distribución limitada
PA	Beneficio médico	QL	Programa obligatorio de farmacia especializada	RS	De venta libre
SF	Autorización previa	SMKG	Límite de cantidad	ST	Restricción a especialistas
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	¢	Abandono del tabaquismo		Terapia escalonada
	Programa de vacunación		RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
MINERALES Y ELECTROLITOS Cont.		
cloruro de potasio comprimidos efervescentes (equiv. K-LYTE/CL)	-	2
cloruro de potasio ER cápsulas (equiv. MICRO-K)	-	2
potasio cloruro ER comprimidos (equiv. K-TAB)	-	2
cloruro de potasio microcomprimidos (equiv. K-DUR)	-	2
POTASIO CLORURO COMPRIMIDOS ER	-	2
cloruro de potasio polvo en paquete (equiv. KLOR-CON)	-	3
CLORURO DE POTASIO SOLUCIÓN	-	3
POKONZA POLVO	-	NC
SÓDICO		
SODIO CLORURO INYECTABLE	M	6
cloruro de sodio inyectable	-	NC
ZINC		
zinc gluconato comprimidos	OTC	2
GALZIN CÁPSULAS	-	NC
CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS		
AGENTES QUELANTES		
penicilamina comprimidos (equiv. DEPEN TITRATAB)	-	3
trientina cápsulas (equiv. SYPRINE)	MSP-PA	5
CUPRIMINE CÁPSULAS	-	NC
CUVRIOR COMPRIMIDOS	-	NC
DEPEN TITRATAB	-	NC
penicilamina cápsulas (equiv. CUPRIMINE)	-	NC
SYPRINE CÁPSULAS	-	NC
TRIENTINA CÁPSULAS	-	NC
INMUNOMODULADORES		
lenalidomida cápsulas (equiv. REVLIMID) (QL= 1 cápsula/día; restringido a especialistas en Oncología o Hematología; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-QL-RS	2
REVLIMID CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416; restringido a especialistas en Oncología o Hematología)	LD-QL-RS	5
REZUROCK COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
JOENJA COMPRIMIDOS	-	NC
VYVGART HYTRULO INYECTABLE	-	NC
INMUNOSUPRESORES		
everolimus comprimidos (equiv. ZORTRESS)	PA	5
LUPKYNIS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 o PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
sirolimús solución (equiv. RAPAMUNE)	-	5
ASTAGRAF XL CÁPSULAS	-	NC
azatioprina comprimidos 100 mg (equiv. AZASAN)	-	NC
azatioprina comprimidos 75 mg (equiv. AZASAN)	-	NC
ENSPRYNG INYECTABLE	-	NC
MIHIBBIN SUSPENSIÓN	-	NC
PROGRAF PAQUETE	-	NC
RAPAMUNE SOLUCIÓN	-	NC
ZORTRESS COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES DEL ESPECTRO DE SOBRECRECIMIENTO RELACIONADO CON PIK3CA (PROS)		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS Cont.		
VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
VIJOICE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
AGENTES REMOVEDORES DE POTASIO		
LOKELMA PAK (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3
VELTASSA POLVO 1 GM (QL= 4 paquetes/día)	PA-QL	3
LOKELMA PAK 10 GM	-	NC
LOKELMA PAK 5 GM	-	NC
SPS	-	NC
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROGERIA		
ZOKINVY CÁPSULAS	-	NC
AGENTES CONTRA EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO		
BENLYSTA AUTOINYECTOR (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
BENLYSTA INY. (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES		
ANESTÉSICOS ORALES DE USO TÓPICO		
lidocaína solución viscosa (equiv. LIDOCAÍNA HCL [BOCA-GARGANTA])	-	2
FIRST ENJUAGUE BUCAL BLM	-	4
LIDOCAÍNA SOLUCIÓN ORAL 4%	-	NC
ANTIINFECIOSOS - GARGANTA		
clotrimazol pastillas (equiv. MYCELEX PASTILLAS)	-	2
nistatina suspensión	-	2
NISTATINA SUSPENSIÓN	-	NC
ORAVIG COMPRIMIDOS	-	NC
ANTISÉPTICOS - BOCA/GARGANTA		
clorhexidina gluconato solución (equiv. PERIDEX)	-	2
DEBACTEROL SOLUCIÓN	-	NC
PERIDEX SOLUCIÓN	-	NC
PRODUCTOS DENTALES		
PREVIDENT 5000 PLUS CREMA (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con un copago de marca preferida)	-	1
sodio fluoruro crema (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	-	1
FLUORIDEX PASTA PARA SENSIBILIDAD	-	2
sodio fluoruro gel (equiv. PREVIDENT)	-	2
sodio fluoruro pasta (equiv. PREVIDENT)	-	2
sodio fluoruro enjuague (equiv. PREVIDENT)	-	2
PREVIDENT GEL	-	3
PREVIDENT PASTA	-	3
PREVIDENT SOLUCIÓN	-	3
FRAICHE 5000 SENSITIVE GEL	-	NC
ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA		
triamcinolona en pasta de orabase (equiv. KENALOG/ORABASE)	-	2
PRODUCTOS PARA LA GARGANTA - MISC.		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier

Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES Cont.		
pilocarpina comprimidos (equiv. SALAGEN)	-	2
cevimelina cápsulas (equiv. EVOXAC)	-	3
EVOXAC CÁPSULAS	-	NC
GELCLAIR GEL	-	NC
PROTHELIAL PASTA	-	NC
SALAGEN COMPRIMIDOS	-	NC
SILATRIX GEL	-	NC
MULTIVITAMÍNICOS		
VITAMINAS DEL COMPLEJO B		
EB-N3 DR CÁPSULAS	-	NC
COMPLEJO B CON ÁCIDO FÓLICO		
DIALYVITE COMPRIMIDOS	-	2
DIALYVITE/ZINC COMPRIMIDOS	-	2
FOLBEE PLUS CZ COMPRIMIDOS	-	2
dialyvit comprimidos (equiv. NEPHRO-VITE)	-	NC
FIBRIK CÁPSULAS	-	NC
renapro cápsulas (equiv. NEPHROCAP)	-	NC
MULTIVITAMÍNICO CON MINERALES		
multivitaminas/minerales comprimidos (equiv. STROVITE)	-	NC
STROVITE COMPRIMIDOS	-	NC
V-C FORTE CÁPSULAS	-	NC
v-c forte cápsulas (equiv. V-C FORTE)	-	NC
MULTIVITAMINAS		
FOLIKA-V COMPRIMIDOS	-	NC
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO CON FL Y FE		
ESCAVITE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro/hierro solución	-	NC
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO CON FLUORURO		
FLORIVA PLUS GOTAS	-	NC
MULTIVITAMINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro solución	-	NC
POLY-VI-FLOR SUSPENSIÓN	-	NC
TRI-VITAMINA FLÚOR GOTAS	-	NC
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO Y MINERALES CON FLUORURO		
FLORIVA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
VITAMINAS PRENATALES		
CONCEPT DHA CÁPSULAS	-	2
PRENATABS RX COMPRIMIDOS	-	2
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	2
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS	-	2
VITAMINAS PRENATALES (PRENATAL PLUS, PREPLUS, PRENAPLUS)	-	2
VP-PNV-DHA CÁPSULAS	-	2
AZESCHEW COMPRIMIDOS 13-1 MG	-	4
MYNATAL-Z COMPRIMIDOS	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
MULTIVITAMÍNICOS continuación		
NEONATAL 19 COMPRIMIDOS	-	4
NEONATAL FE COMPRIMIDOS	-	4
VITAMINAS PRENATALES (NO PREFERIDOS)	-	4
VITAFOL TIRAS	-	4
AZESCO COMPRIMIDOS	-	NC
CITRANATAL MEDLEY CÁPSULAS	-	NC
JENLIVA CÁPSULAS	-	NC
MATERVIA CÁPSULAS	-	NC
MULTI-MAC COMPRIMIDOS	-	NC
PREGEN DHA CÁPSULAS	-	NC
PREGENNA COMPRIMIDOS	-	NC
PRENARA CÁPSULAS	-	NC
PRENATE MAX COMPRIMIDOS	-	NC
PRENATOL-M COMPRIMIDOS 27-1.2 MG	-	NC
PRENATRIX COMPRIMIDOS	-	NC
PRENATRYL COMPRIMIDOS	-	NC

AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA

RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN CENTRAL

baclofeno comprimidos (equiv. BACLOFENO)	-	2
carisoprodol comprimidos (equiv. SOMA)	-	2
ciclobenzaprina comprimidos 10 mg (equiv. FLEXERIL)	-	2
ciclobenzaprina comprimidos 5 mg (equiv. FLEXERIL)	-	2
metocarbamol comprimidos (equiv. ROBAXIN)	-	2
orfenadrina citrato ER comprimidos (equiv. NORFLEX)	-	2
tizanidina comprimidos (equiv. ZANAFLEX)	-	2
cloroxazona comprimidos 500 mg	-	3
tizanidina cápsulas (equiv. ZANAFLEX)	-	3
baclofeno solución oral 10 MG/5 ML (equiv. BACLOFEN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
BACLOFEN SOLUCIÓN ORAL 5 MG/5 ML (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
baclofeno solución oral 5 mg/5 ml (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
BACLOFEN SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
ciclobenzaprina comprimidos 7.5 mg (equiv. FEXMID)	-	4
LYVISPAH PAQUETE DE GRÁNULOS (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
metaxalona comprimidos (equiv. SKELAXIN)	-	4
AMRIX CÁPSULAS	-	NC
BACLOFENO SOLUCIÓN	-	NC
baclofeno suspensión (equiv. BACLOFEN)	-	NC
baclofeno comprimidos 15 mg	-	NC
carisoprodol comprimidos 250 mg (equiv. SOMA)	-	NC
cloroxazona comprimidos	-	NC
CLORZOXAZONA COMPRIMIDOS 250 MG, LORZONE COMPRIMIDOS	-	NC
CICLOBENZAPRINA KIT COMPUESTO	-	NC
ciclobenzaprina ER cápsulas (equiv. AMRIX)	-	NC
FLEQSUVY SUSPENSIÓN	-	NC
METAXALONA COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA Cont.		
METHOCARBAMOL COMPRIMIDOS	-	NC
ROBAXIN COMPRIMIDOS	-	NC
SKELAXIN COMPRIMIDOS	-	NC
SOMA COMPRIMIDOS	-	NC
SOMA COMPRIMIDOS 250 MG	-	NC
ZANAFLEX CÁPSULAS	-	NC
ZANAFLEX COMPRIMIDOS	-	NC
RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA		
dantroleno cápsulas (equiv. DANTRIUM)	-	3
DANTRIUM CÁPSULAS	-	NC
AGENTES PARA LA FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA (FOP)		
SOHONOS CÁPSULAS 1.5 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 10 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 1 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 2.5 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 5 MG	-	NC
COMBINACIONES DE RELAJANTES MUSCULARES		
CARISOPRODOL/ASPIRINA COMPRIMIDOS	-	NC
carisoprodol/aspirina comprimidos (equiv. SOMA COMPUESTO)	-	NC
CARISOPRODOL/ASPIRINA/CODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC
carisoprodol/aspirina/codeína comprimidos (equiv. SOMA COMPUESTO/CODEINE)	-	NC
LORVATUS PHARMAPAK KIT	-	NC
NORGESIC FORTE COMPRIMIDOS	-	NC
NORGESIC COMPRIMIDOS, ORFENADRINA/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS 25-385-30 MG	-	NC
TIZANIDINA COMFORT KIT	-	NC
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS		
COMBINACIONES DE AGENTES NASALES		
azelastina/fluticasona spray nasal (equiv. DYMISTA)	-	NC
AZENASE PAK	-	NC
DYMISTA SPRAY	-	NC
RYALTRIS SPRAY	-	NC
AGENTES NASALES - MISC.		
ALZAIR SPRAY NASAL	-	NC
TICANASE PAK	-	NC
ANESTÉSICOS NASALES		
COCAÍNA HCL SOLUCIÓN	-	NC
ANTIALERGICOS NASALES		
azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN)	-	2
azelastina spray nasal 0.15% (equiv. ASTEPRO)	-	3
olopatadina spray nasal (equiv. PATANASE)	-	3
ASTELIN SPRAY NASAL, ASTEPRO SPRAY NASAL	-	NC
PATANASE SPRAY NASAL	-	NC
ANTICOLINÉRGICOS NASALES		
ipratropio spray nasal (equiv. ATROVENT)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS Cont.		
ESTEROIDES NASALES		
budesonida spray nasal (equiv. RHINOCORT AQUA) (QL= 2 botellas/reposición)	OTC-QL	2
flunisolida solución nasal (QL= 2 frascos/reposición)	QL	2
fluticasona spray nasal (equiv. FLONASE) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	2
mometasona spray nasal (equiv. NASONEX) (QL= 2 botellas/reposición)	QL	2
triamcinolona OTC spray nasal (equiv. NASACORT) (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	2
FLONASE SENSIMIST SPRAY NASAL	OTC	3
BECONASE AQ SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona)	QL-ST	4
NASACORT OTC SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	4
ZETONNA SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona)	QL-ST	4
OMNARIS SPRAY NASAL	-	NC
QNASL SPRAY NASAL	-	NC
RHINOCORT AQUA SPRAY NASAL	-	NC
XHANCE INHALADOR NASAL	-	NC
DESCONGESTIVOS SIMPATICOMIMÉTICOS		
ADRENALIN SOLUCIÓN NASAL	-	NC
epinefrina hcl solución nasal (equiv. ADRENALIN)	-	NC
AGENTES NEUROMUSCULARES		
AGENTES CONTRA LA ELA		
riluzol comprimidos (equiv. RILUTEK)	-	3
RADICAVA ORS KIT DE INICIO (QL= 70 ml/365 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN (QL= 50mL/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
EXSERVAN PELÍCULA	-	NC
RILUTEK COMPRIMIDOS	-	NC
TIGLUTIK SUSPENSIÓN	-	NC
AGENTES PARA LA ATAXIA DE FRIEDRICH		
SKYCLARYS CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
AGENTES PARA LA DISTROFIA MUSCULAR		
DUVYZAT SUSPENSIÓN ORAL	-	NC
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE RETT		
DAYBUE SOLUCIÓN (QL= 8 botellas/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA-QL	5
AGENTES PARA LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (SMA)		
EVRYSDI SOLUCIÓN	-	NC
EVRYSDI COMPRIMIDOS	-	NC
NUTRIENTES		
LÍPIDOS		
DOJOLVI LÍQUIDO ORAL	-	NC
AGENTES OFTÁLMICOS		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES		
LACRISERT INSERTO OFTÁLMICO	-	NC
BETA BLOQUEADORES - OFTÁLMICOS		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
BETAXOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
betaxolol solución oftálmica (equiv. BETOPTIC-S)	-	2
CARTEOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
carteolol solución oftálmica (equiv. OCUPRESS)	-	2
dorzolamida/timolol (pf) solución oftálmica (equiv. COSOPT)	-	2
LEVOBUNOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
levobunolol solución oftálmica (equiv. BETAGAN)	-	2
timolol maleato solución oftálmica (equiv. TIMOPTIC)	-	2
BETIMOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	3
BETOPTIC-S SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
brimonidina/timolol solución oftálmica (equiv. COMBIGAN)	-	3
DORZOLAMIDA/TIMOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
ISTALOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
METIPRANOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
timolol maleato gel oftálmico (equiv. TIMOPTIC-XE)	-	3
timolol maleato solución oftálmica 0.5 % (equiv. ISTALOL)	-	3
timolol solución oftálmica (equiv. BETIMOL)	-	3
timolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.5% (equiv. TIMOPTIC)	-	4
timolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.25% (equiv. TIMOPTIC)	-	4
BETAGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
COMBIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
COSOPT PF SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	NC
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	NC
TIMOPTIC SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TIMOPTIC-XE GEL OFTÁLMICO	-	NC
AGONISTAS COLINÉRGICOS		
TYRVAYA SPRAY NASAL	-	NC
MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS		
atropina pomada oftálmica	-	2
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
atropina solución oftálmica (equiv. ISOPTO ATROPINA)	-	2
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1%	-	2
ATROPINA SULFATO POMADA OFTÁLMICA	-	2
ciclopentolato solución oftálmica (equiv. CYCLOGYL)	-	2
fenilefrina solución oftálmica (equiv. MYDRIN)	-	2
tropicamida solución oftálmica (equiv. MYDRIACYL)	-	2
CYCLOMYDRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
HOMATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
MYDCOMBI SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
MYDRIACYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TROPICAMIDA/CICLOPENTOLATO/KETOROLACO/SOLUCIÓN OFTÁLMICA FACOEMULSIFICACIÓN	-	NC
MIÓTICOS		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

EXC	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M	NC/3P = No cubierto, revisor externo		
PA	Exclusión del plan	INF	Distribución limitada
SF	Beneficio médico	MSP	De venta libre
VAC	Autorización previa	QL	Restricción a especialistas
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Terapia escalonada
	Programa de vacunación	¢	RxCENTS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
pilocarpina solución oftálmica (equiv. ISOPTO CARPINE)	-	2
ISOPTO CARBACHOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
ISOPTO CARPINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PHOSPHOLINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
pilocarpina hcl solución oftálmica 1.25% (equiv. VUITY)	-	NC
QLOSI SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VUITY SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
VIZZ SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ADRENÉRGICOS OFTÁLMICOS		
brimonidina solución oftálmica 0.2%	-	2
APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
apraclonidina solución oftálmica (equiv. IOPIDINE)	-	3
brimonidina solución oftálmica 0.15 % (equiv. ALPHAGAN P 0.15 %)	-	3
brimonidina tartrato solución oftálmica 0.1% (equiv. ALPHAGAN)	-	3
IOPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
SIMBRINZA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3
ALPHAGAN P SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.15%	-	NC
IOPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ANTIINFECCIOSOS OFTÁLMICOS		
bacitracina/neomicina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. NEOSPORIN)	-	2
bacitracina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. POLYSPORIN)	-	2
ciprofloxacina solución oftálmica (equiv. CILOXAN)	-	2
eritromicina pomada oftálmica	-	2
GENTAK POMADA OFTÁLMICA	-	2
gentamicina solución oftálmica (equiv. GARAMYCIN)	-	2
levofloxacina solución oftálmica (equiv. QUIXIN)	-	2
LEVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	2
moxifloxacina solución oftálmica (equiv. VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	-	2
NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
ofloxacina solución oftálmica (equiv. OCUFLOX)	-	2
polimixina b/trimetoprima solución oftálmica (equiv. POLYTRIM)	-	2
SULFACETAMIDA SÓDICA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
sulfacetamida sódica solución oftálmica (equiv. BLEPH-10)	-	2
tobramicina solución oftálmica (equiv. TOBREX)	-	2
AZASITE SOLUCIÓN	-	3
BACITRACINA POMADA OFTÁLMICA	-	3
TRIFLURIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
ZIRGAN GEL OFTÁLMICO	-	3
CILOXAN POMADA OFTÁLMICA	-	4
gatifloxacina solución oftálmica (equiv. ZYMAXID)	-	4
TOBREX POMADA OFTÁLMICA	-	4
BESIVANCE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
BLEPH-10 SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
CILOXAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ERITROMICINA POMADA OFTÁLMICA	-	NC
LEVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
MOXEZA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	NC
MOXEZA SOLUCIÓN OFTÁLMICA, MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN	-	NC
NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
NEOSPORIN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
OCUFLOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
POLYTRIM SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TOBREX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
VANCOMICINA SOLUCIÓN	-	NC
VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
XDEMZY GOTAS	-	NC
ZYMAXID SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
INMUNOMODULADORES OFTÁLMICOS		
ciclosporina emulsión oftálmica (equiv. RESTASIS) (QL= 60 viales/30 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría)	QL-RS	2
CEQUA (PF) SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VEVYE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
CICLOSPORINA EMULSIÓN OFTÁLMICA 0.1%	-	NC
RESTASIS MULTIDOSIS	-	NC
RESTASIS EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ANTAGONISTAS DE LA INTEGRINA OFTÁLMICOS		
XIIDRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
OFTÁLMICO - INHIBIDORES DE LA QUINASA		
RHOPRESSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ROCKLATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS		
proparacaína solución oftálmica (equiv. ALCaine)	-	2
ALCAINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
IHEEZO GEL	-	NC
FACTORES DE CRECIMIENTO DEL NERVIIO OFTÁLMICO		
OXERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 8 kits/ ojo afectado/de por vida; únicamente disponible a través de Accredio 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
FOTOPOTENCIADORES OFTÁLMICOS		
PHOTREXA OP KIT	-	NC
PHOTREXA SOLUCIÓN OFTÁLMICA VISCOSA	-	NC
ESTEROIDES OFTÁLMICOS		
bacitracina/polimixina/neomicina/hidrocortisona pomada oftálmica (equiv. CORTISPORIN)	-	2
fluorometolona solución oftálmica (equiv. FML LIQUIFILM)	-	2
neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL)	-	2
neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv. MAXITROL)	-	2
prednisolona acetato suspensión oftálmica (equiv. PRED FORTE)	-	2
PREDNISOLONA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	2
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
sulfacetamida sódica/prednisolona solución oftálmica (equiv. VASOCIDIN)	-	2
SULFACETAMIDA/PREDNISOLONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
tobramicina/dexametasona solución oftálmica (equiv. TOBRADEX)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.2%	-	3
BLEPHAMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
DEXAMETASONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
difluprednato emulsión oftálmica (equiv. DUREZOL)	-	3
LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA	-	3
loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX)	-	3
loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX)	-	3
MAXIDEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
NEOMICINA/POLIMIXINA/HIDROCORTISONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
PRED MILD SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
PRED-G SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
TOBRADEX POMADA OFTÁLMICA	-	3
ZYLET SUSPENSIÓN OFTÁLMICA (QL= 5ml/reposición (el frasco de 10ml no está cubierto))	QL	3
BLEPHAMIDE S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	4
FLAREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	4
FML FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	4
FML S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	4
LOTEMAX GEL	-	4
CLOBETASOL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
DEXTENZA INSERTO OFTÁLMICO	-	NC
DUREZOL EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
EYSUVIS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
FML LIQUIFLIM SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
INVELTYS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
KLARITY-B GOTAS	-	NC
KLARITY-L GOTAS	-	NC
LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
LOTEMAX SM GEL 0.38%	-	NC
MAXITROL POMADA OFTÁLMICA	-	NC
MAXITROL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PRED FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/KETOROLACO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TOBRADEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
AYUDAS QUIRÚRGICAS OFTÁLMICAS		
DUOVISC KIT	-	NC
OFTÁLMICOS - MISC.		
azelastina solución oftálmica (equiv. OPTIVAR)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
cromolina solución oftálmica (equiv. CROLOM)	-	2
CROMOLINA DE SODIO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
diclofenaco sódico solución oftálmica (equiv. VOLTAREN)	-	2
dorzolamida solución oftálmica (equiv. TRUSOPT)	-	2
ketorolaco solución oftálmica (equiv. ACULAR (LS))	-	2
ketotifeno solución oftálmica (equiv. ZADITOR) (Únicamente cubiertos los medicamentos OTC)	OTC	2
olopatadina solución oftálmica 0.1 % (equiv. PATANOL)	OTC	2
olopatadina solución oftálmica 0.2 % (equiv. PATADAY) (QL= 2.5 ml/30 días)	OTC-QL	2
ALOCRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
brinzolamida suspensión oftálmica (equiv. AZOPT)	-	3
bromfenaco solución oftálmica (equiv. BROMDAY)	-	3
BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA)	-	3
FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3
NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3
PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4
bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE)	-	4
EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4
epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT)	-	4
LASTACFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días)	QL	4
CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007)	LD-QL-RS	5
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-QL-RS	5
UPNEEQ SOLUCIÓN	-	EXC
ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA)	-	NC
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE)	-	NC
BROMSITE GOTAS 0.075%	-	NC
ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PATADAY SOLUCIÓN OFTÁLMICA	OTC	NC
PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0,7%	OTC	NC
TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TRYPTYR SOLUCIÓN	-	NC
ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA	OTC	NC
ZERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS		
latanoprost solución oftálmica (equiv. XALATAN) (QL= 2.5ml/30 días)	QL	2
bimatoprost solución oftálmica (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3
LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3
tafluprost solución oftálmica sin conservantes (equiv. ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA) (QL= 1 vial/día)	PA-QL	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
travoprost solución oftálmica (equiv. TRAVATAN Z) (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 1 vial/día)	PA-QL	4
IYUZEH GOTAS OFTÁLMICAS	-	NC
TRAVATAN Z GOTAS	-	NC
VYZULTA SOLUCIÓN	-	NC
XALATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
XELPROS EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
AGENTES ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS - MISCELÁNEOS		
ácido acético solución ótica (equiv. VOSOL)	-	2
ÁCIDO ACÉTICO/ACETATO DE ALUMINIO SOLUCIÓN ÓTICA	-	2
ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS		
ofloxacin solución ótica (equiv. FLOXIN)	-	2
ciprofloxacina hcl solución ótica (equiv. CETRAXAL)	-	3
COMBINACIONES ÓTICAS		
neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2
neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2
ciprofloxacina/dexametasona suspensión ótica (equiv. CIPRODEX)	-	3
COLY-MYCIN S SUSPENSIÓN ÓTICA	-	3
CIPRO HC SUSPENSIÓN ÓTICA	-	4
antipirina/benzocaína solución ótica (equiv. AURALGAN)	-	NC
CIPRODEX SUSPENSIÓN ÓTICA	-	NC
CORTANE-B SOLUCIÓN ÓTICA	-	NC
CORTIC-ND GOTAS	-	NC
otomax-HC solución ótica (equiv. CORTANE-B)	-	NC
OTOVEL SOLUCIÓN ÓTICA, CIPROFLOXACINA/FLUOCINOLONA SOLUCIÓN ÓTICA	-	NC
ESTEROIDES ÓTICOS		
ácido acético/hidrocortisona solución ótica (equiv. VOSOL HC)	-	2
fluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC)	-	3
DERMOTIC ACEITE	-	NC
OXITÓCICOS		
ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MADURACIÓN CERVICAL		
MPM PAK	-	NC
OXITÓCICOS		
metilergonovina comprimidos (equiv. METHERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 reposición/365 días)	QL	3
AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS		
INMUNOSUEROS		
HIZENTRA INYECTABLE	MSP-PA	5
CUVITRU INYECTABLE	-	NC
ANTICUERPOS MONOCLONALES		
SYNAGIS INYECTABLE (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Lumicera 855-847-3553, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	1
AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS- COMBINACIONES		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

EXC	NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M	NC/3P = No cubierto, revisor externo		
PA	Exclusión del plan	INF	LD
SF	Beneficio médico	MSP	OTC
VAC	Autorización previa	QL	RS
	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	ST
	Programa de vacunación	¢	
		RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
------------------------	-----------------	-------

AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS Cont.

HYQVIA INYECTABLE	MSP-PA -	5
-------------------	----------	---

AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO

INMUNOSUEROS

HIZENTRA INYECTABLE	MSP-PA	5
XEMBIFY INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5
CUTAQUIG INYECTABLE	-	NC

ANTICUERPOS MONOCLONALES

BEYFORTUS INYECTABLE	VAC	1
ENFLONSIA INYECTABLE	VAC	1

PENICILINAS

AMINOPENICILINAS

amoxicilina cápsulas (equiv. TRIMOX)	-	2
AMOXICILINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	2
amoxicilina suspensión (equiv. TRIMOX)	-	2
amoxicilina comprimidos (equiv. AMOXIL)	-	2
ampicilina cápsulas (equiv. AMPICILINA)	-	2
MOXATAG COMPRIMIDOS	-	NC
MOXATAG COMPRIMIDOS 775 MG	-	NC

PENICILINAS NATURALES

PENICILINAS VK SOLUCIÓN	-	2
penicilina vk comprimidos (equiv. VEETIDS)	-	2

COMBINACIONES DE PENICILINA

amoxicilina/clavulanato suspensión (equiv. AUGMENTIN ES)	-	2
amoxicilina/clavulanato comprimidos (equiv. AUGMENTIN)	-	2
AMOXICILINA/CLAVULANATO COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	3
AMOXICILINA/CLAVULANATO ER COMPRIMIDOS	-	4
AUGMENTIN SUSPENSIÓN	-	NC
AUGMENTIN ES-600 SUSPENSIÓN	-	NC
AUGMENTIN COMPRIMIDOS	-	

PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA

dicloxacilina cápsulas (equiv. DYNAPEN)	-	2
---	---	---

COADYUVANTES FARMACÉUTICOS

VEHÍCULOS LÍQUIDOS

TRICHOSOL SOLUCIÓN	-	NC
--------------------	---	----

VEHÍCULOS SEMISÓLIDOS

POLIETILENGLICOL 8000 GRANULADO	-	3
---------------------------------	---	---

PROGESTINAS

PROGESTINAS

medroxiprogesterona comprimidos (equiv. PROVERA)	-	2
noretindrona comprimidos (equiv. AYGESTIN)	-	2
progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM)	-	2
progesterona aceite inyectable	-	2
hidroxiprogesterona inyectable (equiv. MAKENA)	MSP-PA	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

EXC	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	genérico = letras minúsculas	LD	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M	Exclusión del plan	MSP	Infertilidad	OTC	Distribución limitada
PA	Beneficio médico	QL	Programa obligatorio de farmacia especializada	RS	De venta libre
SF	Autorización previa	SMKG	Límite de cantidad	ST	Restricción a especialistas
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses		Abandono del tabaquismo		Terapia escalonada
	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
PROGESTINAS Cont.		
megestrol ES suspensión (equiv. MEGACE ES)	-	4
MEGESTROL SUSPENSIÓN	-	4
AYGESTIN COMPRIMIDOS	-	NC
MAKENA INYECTABLE	-	NC
PROMETRIUM CÁPSULAS	-	NC
PROVERA COMPRIMIDOS	-	NC

PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC.

AGENTES PARA DEPENDENCIA QUÍMICA

disulfiram comprimidos (equiv. ANTABUSE)	-	2
acamprosato cálcico DR comprimidos (equiv. CAMPRAL)	-	3
lofexidina hcl comprimidos (equiv. LUCEMYRA) (QL= 96 comprimidos/7 días)	PA-QL	4
LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días)	PA-QL	4
ANTABUSE COMPRIMIDOS	-	NC
disulfiram comprimidos 500 mg	-	NC

ANTICATAPLÉTICOS

LUMRYZ PAQUETE (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
OXIBATO DE SODIO SOLUCIÓN (QL= 540 ml/30 días; únicamente disponible a través de Xyrem Certified Pharmacy 1-866-997-3688)	LD-PA-QL	5
XYREM SOLUCIÓN	-	NC
XYWAV SOLUCIÓN	-	NC

ANTIDEMENCIALES

donepezilo ODT (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2
donepezilo comprimidos (equiv. ARICEPT) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2
galantamina ER cápsulas (equiv. RAZADYNE ER)	-	2
galantamina comprimidos (equiv. RAZADYNE)	-	2
memantina comprimidos (equiv. NAMENDA)	-	2
rivastigmina cápsulas (equiv. EXELON)	-	2
donepezilo comprimidos 23 mg (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
GALANTAMINA SOLUCIÓN	-	3
memantina ER cápsulas (equiv. NAMENDA XR)	-	3
memantina solución (equiv. NAMENDA)	-	3
NAMENDA XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	-	3
rivastigmina parches (equiv. EXELON)	-	3
ADLARITY PARCHES	-	NC
ARICEPT COMPRIMIDOS	-	NC
ARICEPT COMPRIMIDOS 23 MG	-	NC
EXELON PARCHES	-	NC
LEQEMBI IQLK INYECTABLE	-	NC
memantina hcl-donepezilo hcl cápsulas de liberación prolongada 24 horas (equiv. NAMZARIC)	-	NC
NAMENDA COMPRIMIDOS	-	NC
NAMENDA XR CÁPSULAS	-	NC
NAMZARIC CÁPSULAS	-	NC
NAMZARIC PAQUETE DE INICIO	-	NC
RAZADYNE SOLUCIÓN	-	NC
RAZADYNE COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC. Cont.		
ZUNVEYL COMPRIMIDOS	-	NC
PSICOTERAPÉUTICOS COMBINADOS		
PERFENAZINA/ AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS	-	2
olanzapina/fluoxetina cápsulas (equiv. SYMBYAX)	-	3
CLORDIAZEPÓXIDO/AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS	-	NC
DULOXICAÍNA PAQUETE	-	NC
LYBALVI COMPRIMIDOS	-	NC
SYMBYAX CÁPSULAS	-	NC
AGENTES CONTRA LA FIBROMIALGIA		
SAVELLA PAK	-	3
SAVELLA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
FARMACOTERAPIA CONTRA LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
tetrabenazina comprimidos (equiv. XENAZINE)	MSP-PA	4
AUSTEDO COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
AUSTEDO XR KIT DE COMPRIMIDOS DE DOSIS AJUSTADAS (QL= 1 paquete/28 días)	MSP-PA-QL	5
AUSTEDO XR PAQUETE DE DOSIS AJUSTADAS (QL= 1 paquete/28 días)	MSP-PA-QL	5
INGREZZA CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
AUSTEDO BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	-	NC
INGREZZA PAQUETE 40-80 MG	-	NC
XENAZINE COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
dalfampridina ER comprimidos (equiv. AMPYRA)	MSP	2
teriflunomida comprimidos (equiv. AUBAGIO COMPRIMIDOS)	MSP	2
AVONEX INYECTABLE	MSP	5
BETASERON INYECTABLE	MSP	5
dimetilfumarato DR cápsulas (equiv. TECFIDERA)	MSP	5
dimetilfumarato DR paquete de inicio (equiv. TECFIDERA PAQUETE DE INICIO)	MSP	5
tingolimod hcl cápsulas 0.5 mg (equiv. GILENYA)	MSP	5
GILENYA CÁPSULAS 0.25 MG	MSP	5
glatiramer iny. (equiv. COPAXONE)	MSP	5
KESIMPTA INYECTABLE	MSP	5
MAVENCLAD PAQUETE DE TERAPIA (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD	5
MAYZENT COMPRIMIDOS	MSP	5
MAYZENT COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	MSP	5
PLEGRIDY INYECTABLE	MSP	5
PLEGRIDY PLUMA INYECTABLE	MSP	5
REBIF INYECTABLE	MSP	5
ZEPOSIA CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	5
ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	5
AMPYRA COMPRIMIDOS	-	NC
AUBAGIO COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Exclusión del plan	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Beneficio médico	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Autorización previa	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	€	RxCENTS		
	Programa de vacunación				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC. Cont.		
BAFIERTAM CÁPSULAS	-	NC
COPAXONE INY.	-	NC
EXTAVIA INYECTABLE	-	NC
GILENYA CÁPSULAS 0.5 MG	-	NC
PONVORY COMPRIMIDOS	-	NC
PONVORY COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	-	NC
TASCENSO ODT COMPRIMIDOS	-	NC
TECFIDERA CÁPSULAS	-	NC
TECFIDERA PAQUETE DE INICIO	-	NC
TYSABRI INYECTABLE	-	NC
VUMERITY CÁPSULAS	-	NC
ZINBRYTA INYECTABLE	-	NC
AGENTES CONTRA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA (PHN)		
GRALISE COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA (PHN)/DOLOR NEUROPÁTICO		
gabapentina (una vez al día) comprimidos (equiv. GRALISE)	-	NC
GRALISE PAQUETE DE INICIO	-	NC
GRALISE COMPRIMIDOS	-	NC
LIDOTIN PAK	-	NC
LYRICA CR TAB	-	NC
pregabalina ER comprimidos (equiv. LYRICA CR)	-	NC
AGENTES CONTRA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (PMDD)		
fluoxetina cápsulas (equiv. SARAFEM)	-	4
FLUOXETINA CÁPSULAS (PMDD)	-	4
SARAFEM COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA)		
NUEDEXTA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día)	PA-QL	3
PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC.		
PIMOZIDA COMPRIMIDOS	-	3
MESILATO ERGOLOIDE COMPRIMIDOS	-	4
AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN	-	NC
MIPLYFFA CÁPSULAS	-	NC
ORAP COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA EL SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS (RLS)		
HORIZANT COMPRIMIDOS	-	NC
DISUASORES DEL TABAQUISMO		
bupropión SR comprimidos (equiv. ZYBAN) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
NICODERM PARCHES (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
NICORETTE CHICLE (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
NICORETTE PASTILLAS (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
nicotina chicle (equiv. NICORETTE) (Limitado a 180 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
NICOTINE PAK (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
nicotina pastillas (equiv. COMMIT) (Limitado a 180 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
nicotina parches (equiv. NICODERM) (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC. Cont.		
NICOTROL INHALADOR (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
NICOTROL SPRAY NASAL (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
VARENICLINA COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
vareniclina tartrato comprimidos (equiv. VARENICLINA) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
vareniclina tartrato paquete de inicio comprimidos (equiv. VARENICLINE PAK) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
ZYBAN COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
AGENTES PARA AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA		
WAINUA INYECTABLE	-	NC
AGENTES CONTRA LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES		
BRISDELLE CÁPSULAS	-	NC
paroxetina cápsulas (equiv. BRISDELLE)	-	NC
AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.		
INHIBIDOR DE LA ALFA PROTEINASA (HUMANA)		
ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE	-	NC
AGENTES CONTRA LA FIBROSIS QUÍSTICA		
KALYDECO PAK (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
KALYDECO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
ORKAMBI PAQUETE DE GRÁNULOS (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
ORKAMBI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
PULMOZYME SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	MSP	5
SYMDEKO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
TRIKAFTA COMPRIMIDOS (QL= 84 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
ALYFTREK COMPRIMIDOS	-	NC
ALYFTREK COMPRIMIDOS 4-20-50 MG	-	NC
BRONCHITOL CÁPSULAS	-	NC
AGENTES CONTRA LA FIBROSIS PULMONAR		
pirfenidona cápsulas (equiv. ESBRIET) (QL= 9 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	2
pirfenidona comprimidos 267 mg (equiv. ESBRIET) (QL= 9 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2
pirfenidona comprimidos 801mg (equiv. ESBRIET) (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2
ESBRIET CÁPSULAS (QL= 9 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG (QL= 9 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
OFEV CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
PIRFENIDONE COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.		
BRINSUPRI COMPRIMIDOS	-	NC
SULFONAMIDAS		
SULFONAMIDAS		
sulfadiazina comprimidos	-	4
TETRACICLINAS		
AMINOMETILCICLINAS		
NUZYRA COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
TETRACICLINAS Cont.		
TETRACICLINAS		
hiclato de doxiciclina cápsulas (equiv. VIBRAMYCIN)	-	2
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. VIBRATAB)	-	2
doxiciclina monohidrato cápsula (equiv. MONODOX)	-	2
doxiciclina monohidrato cápsulas (equiv. ADOXA)	-	2
minociclina cápsulas (equiv. MINOCIN)	-	2
doxiciclina suspensión (equiv. VIBRAMYCIN)	-	3
minociclina comprimidos (equiv. DYNACIN)	-	3
demeclociclina comprimidos (equiv. DECLOMYCIN)	-	4
hiclato de doxiciclina DR comprimidos (equiv. DORYX)	-	4
tetraciclina cápsulas	-	4
VIBRAMICINA JARABE	-	4
ACTICLATE COMPRIMIDOS 75 MG, 150 mg	-	NC
DORYX MPC COMPRIMIDOS	-	NC
DORYX COMPRIMIDOS	-	NC
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. TARGADOX)	-	NC
hiclato de doxiciclina comprimidos 75 mg, 150 mg (equiv. ACTICLATE)	-	NC
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv. MONODOX)	-	NC
doxiciclina monohidrato cápsulas 75 mg (equiv. MONODOX)	-	NC
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv. ADOXA)	-	NC
DYNACIN COMPRIMIDOS	-	NC
MINOCIN CÁPSULAS	-	NC
MINOCICLINA ER CÁPSULAS	-	NC
minociclina ER comprimidos (equiv. SOLODYN)	-	NC
MINOLIRA COMPRIMIDOS	-	NC
MONODOX CÁPSULAS	-	NC
SEYSARA COMPRIMIDOS	-	NC
SOLODYN COMPRIMIDOS	-	NC
TETRACICLINA COMPRIMIDOS	-	NC
VIBRAMICINA CÁPSULAS	-	NC
VIBRAMICINA SUSPENSIÓN	-	NC
AGENTES TIROIDEOS		
AGENTES ANTITIROIDEOS		
metimazol comprimidos (equiv. TAPAZOLE)	-	2
propiltiouracilo comprimidos	-	2
SODIO YODURO I-131 SOLUCIÓN	-	NC
TAPAZOLE COMPRIMIDOS	-	NC
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID COMPRIMIDOS, NATURE THROID COMPRIMIDOS	-	2
levotiroxina comprimidos (equiv. SYNTHROID)	-	2
liotironina comprimidos (equiv. CYTOMEL)	-	2
np thyroid comprimidos (equiv. ARMOUR TIROIDES, NATURE THROID)	-	2
THYROLAR COMPRIMIDOS	-	3
SYNTHROID COMPRIMIDOS	-	4
CYTOMEL COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier

Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
AGENTES TIROIDEOS Cont.		
ERMEZA SOLUCIÓN 150 MCG/5 ML	-	NC
LEVOTIROXINA INYECTABLE	-	NC
LEVOTIROXINA INYECTABLE 100 MCG/ML	-	NC
THYQUIDITY SOLUCIÓN	-	NC
TIROSINT CÁPSULAS	-	NC
TIROSINT-SOL	-	NC

TOXOIDES

COMBINACIONES TOXOIDES

ADACEL/BOOSTRIX INYECTABLE	VAC	1
DAPTACEL INYECTABLE, INFANRIX INYECTABLE	VAC	1
DIFTERIA/TÉTANOS TOXOIDE (PEDIÁTRICO) INYECTABLE	VAC	1
KINRIX INYECTABLE, QUADRACEL DTAP-IPV INYECTABLE	VAC	1
KINRIX JERINGA PRECARGADA, QUADRACEL JERINGA PRECARGADA	VAC	1
PEDIARIX INYECTABLE	VAC	1
PENTACEL INYECTABLE	VAC	1
TÉTANOS/TOXOIDE DIFTÉRICO INYECTABLES	VAC	1
VAXELIS INYECTABLE	VAC	1

MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA

ANTIESPASMÓDICOS

diciclomina cápsulas (equiv. BENTYL)	-	2
diciclomina comprimidos (equiv. BENTYL)	-	2
sulfato de hiosciamina CR comprimidos (equiv. LEVBID)	-	2
sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN)	-	2
sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ)	-	2
sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN)	-	2
sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN)	-	2
hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN)	-	2
BELLADONNA SUPOSITARIOS DE ALCALOIDE/OPIO	-	3
diciclomina solución (equiv. BENTYL)	-	3
glicopirrolato comprimidos (equiv. ROBINUL)	-	3
PROPANTHELINE COMPRIMIDOS	-	3
metescopolamina comprimidos (equiv. PAMINE)	-	4
SYMAX DUOTAB	-	4
atropina inyectable	M	6
ATROPINA SULFATO INYECTABLE	M	6
ANASPAZ ODT	-	NC
b-donna comprimidos (equiv. DONNATAL)	-	NC
BENTYL CÁPSULAS	-	NC
BENTYL JARABE	-	NC
clordiazepóxido/clidinio cápsulas (equiv. LIBRAX)	-	NC
DONNATAL ELIXIR	-	NC
DONNATAL COMPRIMIDOS	-	NC
GLYCATE COMPRIMIDOS, GLICOPIRROLATO COMPRIMIDOS	-	NC
LEVBID COMPRIMIDOS	-	NC
LEVSIN INYECTABLE	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS Cont.		
LEVSIN SL COMPRIMIDOS	-	NC
LEVSIN COMPRIMIDOS	-	NC
LIBRAX CÁPSULAS	-	NC
pb-belladonna elixir (equiv. DONNATAL)	-	NC
ROBINUL COMPRIMIDOS	-	NC
ANTAGONISTAS H-2		
cimetidina solución (equiv. CIMETIDINA)	-	2
cimetidina comprimidos (equiv. TAGAMET)	OTC	2
nizatidina cápsulas (equiv. AXID)	-	2
famotidina suspensión (equiv. PEPCID)	-	3
AXID CÁPSULAS	-	NC
famotidina comprimidos (equiv. PEPCID)	OTC	NC
PEPCID SUSPENSIÓN	-	NC
PEPCID COMPRIMIDOS	OTC	NC
TAGAMET COMPRIMIDOS	-	NC
MISC. ANTIÚLCEROSOS		
sucralfato comprimidos (equiv. CARAFATE)	-	2
CARAFATE COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazol cápsulas (equiv. NEXIUM)	OTC	2
lansoprazol cápsulas (equiv. PREVACID)	OTC	2
omeprazol DR cápsulas (equiv. PRILOSEC)	-	2
pantoprazol EC comprimidos (equiv. PROTONIX)	-	2
rabeprazol EC comprimidos (equiv. ACIPHEX)	-	2
PREVACID CÁPSULAS (Solo con receta)	-	4
PREVACID OTC CÁPSULAS	OTC	4
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC
ACIPHEX COMPRIMIDOS	-	NC
FIRST OMEPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC
LANSOPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC
PRILOSEC CÁPSULAS	-	NC
PRILOSEC OTC DR COMPRIMIDOS	OTC	NC
PROTONIX EC COMPRIMIDOS	-	NC
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS		
misoprostol comprimidos (equiv. CYTOTEC)	-	2
CYTOTEC COMPRIMIDOS	-	NC
TERAPIA COMBINADA PARA ÚLCERAS		
HELIDAC PAQUETE	-	NC
omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID)	-	NC
omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv. ZEGERID)	-	NC
ZEGERID CÁPSULAS	-	NC
ZEGERID POLVO EN PAQUETE	-	NC
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS		
ANTIESPASMÓDICOS		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS Cont.		
CUVPOSA SOLUCIÓN	-	4
glicopirrolato solución oral (equiv. CUVPOSA)	-	4
ATROPINA SULF. INYECTABLE	M	6
ATROPINA SULFATO INYECTABLE	-	6
DARTISLA ODT COMPRIMIDOS	-	NC
DICICLOMINA COMPRIMIDOS	-	NC
GLYCATE COMPRIMIDOS	-	NC
HIOSCIAMINA INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTAS H-2		
NIZATIDINE CÁPSULAS	-	2
MISC. ANTIÚLCEROSOS		
sucralfato suspensión (equiv. CARAFATE)	-	3
CARAFATE SUSPENSIÓN	-	NC
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
omeprazol comprimidos	OTC	2
esomeprazol DR paquete granulado (equiv. NEXIUM) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. NEXIUM)	OTC	4
lansoprazol ODT (equiv. PREVACID SOLUTAB) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
NEXIUM 24HR COMPRIMIDOS	OTC	4
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS 10 MG, RABEPRAZOL CÁPSULAS DISPERSABLES 10 MG	-	NC
DEXILANT DR CÁPSULAS	-	NC
dexlansoprazol DR cápsulas (equiv. DEXILANT)	-	NC
FIRST PANTOPRAZOLE SUSPENSIÓN	-	NC
NEXIUM PAQUETE GRANULADO	-	NC
omeprazol magnesio DR comprimidos 20 mg (equiv. PRILOSEC)	OTC	NC
pantoprazol sódico paquete (equiv. PROTONIX PAK)	-	NC
PREVACID SOLUTAB	-	NC
PRILOSEC OTC DR COMPRIMIDOS	OTC	NC
VOQUEZNA COMPRIMIDOS	-	NC
TERAPIA COMBINADA PARA ÚLCERAS		
bismuto/metronidazol/tetraciclina cápsulas (equiv. PYLERA)	-	NC
KONVOMEK SUSPENSIÓN	-	NC
lansoprazol/amoxicilina/claritromicina kit (equiv. PREVPAC)	-	NC
LANSOPRAZOL/AMOXICILINA/CLARITROMICINA KIT	-	NC
PYLERA CÁPSULAS	-	NC
TALICIA CÁPSULAS	-	NC
VOQUEZNA DUAL PAK	-	NC
VOQUEZNA TRIP PAK	-	NC
ANTIINFECCIOSOS URINARIOS		
COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS URINARIAS		
PROSED DS COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS) (NUEVO)		
trosipio cloruro SR cápsulas (equiv. SANCTURA XR)	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS Cont.		
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)		
fesoterodina fumarato ER comprimidos (equiv. TOVIAZ)	-	2
oxibutinina ER comprimidos (equiv. DITROPAN XL)	-	2
oxibutinina jarabe	-	2
oxibutinina comprimidos (equiv. DITROPAN)	-	2
solifenacina comprimidos (equiv. VESICARE)	-	2
tolterodina SR cápsulas (equiv. DETROL LA)	-	2
tolterodina comprimidos (equiv. DETROL)	-	2
tropio comprimidos (equiv. SANCTURA)	-	2
darifenacina SR comprimidos (equiv. ENABLEX)	-	3
TOVIAZ COMPRIMIDOS	-	4
DETROL LA CÁPSULAS	-	NC
DETROL COMPRIMIDOS	-	NC
DITROPAN XL COMPRIMIDOS	-	NC
ENABLEX COMPRIMIDOS	-	NC
GELNIQUE	-	NC
OXYBUTYNIN COMPRIMIDOS	-	NC
VESICARE LS SUSPENSIÓN	-	NC
VESICARE COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES ANTIESPASMÓDICAS URINARIAS		
URELIEF PLUS COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3		
MYRBETRIQ COMPRIMIDOS	-	3
GENTESA COMPRIMIDOS	-	NC
mirabegrón comprimidos er (equiv. MYRBETRIQ)	-	NC
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN	-	NC
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS		
betanecol comprimidos (equiv. URECHOLINE)	-	2
URECHOLINE COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA		

VACUNAS

VACUNAS BACTERIANAS

ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE	VAC	1
BEXSERO INYECTABLE	VAC	1
CAPVAXIVE INYECTABLE	VAC	1
MENACTRA INYECTABLE	VAC	1
MENQUADFI INYECTABLE	VAC	1
MENVEO INYECTABLE	VAC	1
PEDVAXHIB INYECTABLE	VAC	1
PENBRAYA INYECTABLE	VAC	1
PENMENVY INYECTABLE	VAC	1
PNEUMOVAX INYECTABLE	VAC	1
PREVNAR 20 INYECTABLE	VAC	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
VACUNAS Cont.		
TRUMENBA INYECTABLE	VAC	1
VAXNEUVANCE INYECTABLE	VAC	1
BCG INYECTABLE	VAC	EXC
TYPHIM VI INYECTABLE	VAC	EXC
VAXCHORA SUSPENSIÓN	VAC	EXC
VIVOTIF CÁPSULAS	VAC	EXC
VACUNAS VIRALES		
ABRYVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1
AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1
COMIRNATY INYECTABLE (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
COMIRNATY INYECTABLE 30 MCG/0.3 ML (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-11 AÑOS (MODERNA) (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-4 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
DENGXAXIA SUSPENSIÓN	VAC	1
ENGERIX-B INYECTABLE, RECOMBIVAX-HB INYECTABLE	VAC	1
FLUAD INY. (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLUBLOK INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLUCELVAX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLULAVAL INYECTABLE, FLUARIX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLUMIST NASAL (QL= 1 dosis/28 días)	QL-VAC	1
FLUZONE ALTA DOSIS PF INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
GARDASIL 9 INYECTABLE	VAC	1
HAVRIX INYECTABLE, VAQTA INYECTABLE	VAC	1
HEPLISAV-B INYECTABLE	VAC	1
IPOV INYECTABLE	VAC	1
JYNNEOS INYECTABLE	VAC	1
M-M-R II INYECTABLE	VAC	1
MNEXSPIKE INYECTABLE 10 MCG/0.2 ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
MRESVIA INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1
NOVAVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
PREHEVBRIO SUSPENSIÓN	VAC	1
PRIORIX INYECTABLE	VAC	1
PROQUAD INYECTABLE	VAC	1
ROTARIX SUSPENSIÓN	VAC	1
ROTATEQ INYECTABLE	VAC	1
SHINGRIX INYECTABLE (Cubierto para miembros de 19 años en adelante)	VAC	1
SPIKEVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
SPIKEVAX INYECTABLE 50 MCG/0.5ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
TWINRIX INYECTABLE	VAC	1
VARIVAX INYECTABLE	VAC	1
IMOVAX INYECTABLE	VAC	EXC
IXCHIQ INYECTABLE	VAC	EXC
IXIARO INYECTABLE	VAC	EXC
TICOVAC INYECTABLE	VAC	EXC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Categoría/Clase

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel
VACUNAS Cont.		
VIMKUNYA INYECTABLE	VAC	EXC
YF-VAX INYECTABLE	VAC	EXC

PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS

ANTIINFECCIOSOS VAGINALES

VANDAZOLE GEL	-	2
CLINDESSE CREMA VAGINAL (QL= 1 aplicador/reposición)	QL	4
NUVESSA GEL VAGINAL	-	NC
XACIATO GEL	-	NC

ANTICONCEPTIVOS VAGINALES - MODULADORES DE PH

PHEXXI GEL (QL= 1 caja/reposición)	QL	1
------------------------------------	----	---

PRODUCTOS VAGINALES

PRODUCTOS VAGINALES - MISCELÁNEOS

FEM PH GEL	-	4
INTRAROSA SUPOSITORIOS	-	NC

ESPERMICIDAS

CONCEPTROL GEL	OTC	1
PELÍCULA ANTICONCEPTIVA	OTC	1
ESPUMA ANTICONCEPTIVA	OTC	1
GEL ANTICONCEPTIVO	OTC	1
SUPOSITORIO ANTICONCEPTIVO	OTC	1
TODAY ESPONJA	OTC	1

ANTIINFECCIOSOS VAGINALES

clindamicina crema vaginal (equiv. CLEOCIN)	QL	2
metronidazol gel vaginal (equiv. METROGEL)	-	2
terconazol crema (equiv. TERAZOL)	-	2
TERCONAZOL CREMA 0.8 %	-	2
terconazol supositorios (equiv. TERAZOL)	-	2
CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES (QL= 3 supositorios/reposición)	QL	4
GYNAZOLE CREMA	-	4
MICONAZOL 3 SUPOSITORIOS 200 MG	-	4
CLEOCIN CREMA VAGINAL	-	NC
METROGEL GEL VAGINAL	-	NC
TERAZOL CREMA	-	NC

ESTRÓGENOS VAGINALES

estradiol crema (equiv. ESTRACE)	-	2
estradiol vaginal comprimidos, yuvafem vaginal comprimidos (equiv. VAGIFEM) (QL= 8 comprimidos/28 días [18 comprimidos en la primera reposición])	QL	3
ESTRING (3 copagos por receta)	-	3
PREMARIN CREMA VAGINAL	-	3
FEMRING (3 copagos por receta)	-	4
ESTRACE CREMA VAGINAL	-	NC
IMVEXXY SUM.	-	NC
VAGIFEM COMPRIMIDOS	-	NC

PROGESTINAS VAGINALES

CRINONE GEL	PA	3
-------------	----	---

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025
RxCents (ahorros con partición de comprimidos)

PRODUCTOS VAGINALES Cont.

ENDOMETRIN INSERTO VAGINAL	PA	3
PROGESTERONA SUPOSITORIOS	PA	4

VASOCOMPRESORES

AGENTES PARA LA TERAPIA CONTRA LA ANAFILAXIA

epinefrina pluma inyectable 0.15 mg, 0.3 mg (equiv. EPIPEN [JR]) (QL= 2 iny./reposición)	QL	2
NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición)	QL	3
ADRENALIN INYECTABLE, EPINEFRINA INYECTABLE	-	NC
AUVI-Q INYECTABLE	-	NC
EPIPEN (JR) INYECTABLE	-	NC

AGENTES CONTRA LA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (HON)

droxidopa cápsulas (equiv. NORTHERA)	-	NC
NORTHERA CÁPSULAS	-	NC

VASOCOMPRESORES

midodrina comprimidos (equiv. PROAMATINE)	-	2
---	---	---

VITAMINAS

MISC. FACTORES NUTRICIONALES

VITAMINAS PRENATALES (NO PREFERIDOS)	-	4
--------------------------------------	---	---

VITAMINAS LIPOSOLUBLES

colecalfierol cápsulas 50000 unidades	-	2
vitamina D cápsulas (Únicamente cubierto con receta)	-	2
fitonadiona comprimidos (equiv. MEPHYTON)	-	3
DRISDOL CÁPSULAS	-	NC
ERGOCAL CÁPSULAS	-	NC
MEPHYTON COMPRIMIDOS	-	NC
vitamina D cápsulas 1000 unidades	OTC	NC
vitamina D cápsulas 400 unidades	OTC	NC
VITAMINA D COMPRIMIDOS 400 UNIDADES	OTC	NC

VITAMINAS HIDROSOLUBLES

POTABA POLVO EN PAQUETE	-	3
POTABA CÁPSULAS	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
ACTIMMUNE INYECTABLE	5
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML	5
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2 PLUMAS)	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS)	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML	5
ADALIMUMAB-ADAZ PFS INYECTABLE	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML	5
adapaleno crema	3
adapaleno gel	3
ADBRY INYECTABLE	5
AIMOVIG INY.	3
AJOVY INYECTABLE	3
ALECENSA CÁPSULAS	5
ALINIA SUSPENSIÓN	3
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG	5
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 mg	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 mg, 180 mg	5
ambrisentán comprimidos	2
APRETUDE SUSPENSIÓN	1
ARBLI SUSPENSIÓN	4
ARIKAYCE SUSPENSIÓN	5
aripiprazol solución	4
asenapina maleato SL comprimidos	3
ATORVALIQ SUSPENSIÓN	4
AUGTYRO CÁPSULAS	5
AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG	5
AUSTEDO COMPRIMIDOS	5
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS	5
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS KIT CON DOSIS AJUSTADAS	5
AUSTEDO XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	5
AYVAKIT COMPRIMIDOS	5
baclofeno solución oral 10 MG/5 ML	4

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
BACLOFENO SOLUCIÓN ORAL 5 MG/5 ML	4
baclofeno solución oral 5 mg/5 ml	4
BACLOFENO SUSPENSIÓN	4
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG	5
BENLYSTA AUTOINYECTOR	5
BENLYSTA INYECTABLE	5
BERINERT INYECTABLE	5
BESREMI INYECTABLE	5
bexaroteno cápsulas	2
bexaroteno gel	2
bosentán comprimidos	5
bosentán comprimidos para suspensión oral	2
BOSULIF CÁPSULAS	5
BOSULIF COMPRIMIDOS	5
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG	5
BRUKINSA CÁPSULAS	5
budesonida ER comprimidos	4
budesonida espuma rectal	4
BYLVAY CÁPSULAS 1200 MCG	5
BYLVAY CÁPSULAS 400 MCG	5
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 200 MCG	5
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MCG	5
CABLIVI KIT INYECTABLE	5
CABOMETYX COMPRIMIDOS	5
CALQUENCE COMPRIMIDOS	5
CAMZYOS CÁPSULAS	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG	5
CARBAGLU COMPRIMIDOS	5
ácido carglúmico comprimidos	5
CHOLBAM CÁPSULAS	5
CIMZIA INYECTABLE	5
CINRYZE INYECTABLE	5
CLARINEX JARABE	4
clobazam suspensión	3
COMETRIQ KIT	5
COPIKTRA CÁPSULAS	5
CORLANOR SOLUCIÓN	4
COTELLIC COMPRIMIDOS	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
CRINONE GEL	3
dasatinib comprimidos	2
DAYBUE SOLUCIÓN	5
deferiprona comprimidos	2
DESCOVY COMPRIMIDOS	1
diclofenac gel	3
DIFFERIN OTC GEL 0.1%	2
DOPTelet COMPRIMIDOS	5
DOXEPIN CREMA, PRUDOXIN CREMA, ZONALON CREMA	4
dronabinol cápsulas	3
DUPIXENT INYECTABLE	5
DUPIXENT INYECTABLE EN PLUMA	5
EBGLYSS INYECTABLE	5
EBGLYSS INYECTABLE EN PLUMA	5
eltrombopag olamina polvo en paquete para suspensión	2
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg	2
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg	2
eltrombopag olamina comprimidos 75mg	2
enalapril maleato solución oral	4
ENBREL INYECTABLE 25 MG	5
ENBREL INYECTABLE 50 MG	5
ENBREL MINI INY.	5
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG	5
ENDOMETRIN INSERTO VAGINAL	3
EPANED SOLUCIÓN	4
EPIDIOLEX SOLUCIÓN	5
EPRONTIA SOLUCIÓN	4
ERGOMAR SL COMPRIMIDOS	4
ERIVEDGE CÁPSULAS	5
ERLEADA COMPRIMIDOS	5
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG	5
erlotinib comprimidos	5
erlotinib comprimidos 25 mg	5
ESBRIET CÁPSULAS	5
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG	5
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG	5
esomeprazol DR paquete de gránulos	4
everolimus comprimidos	2
everolimus comprimidos (equiv. ZORTRESS)	5
everolimus comprimidos 5 mg	5
everolimus comprimidos para suspensión oral	2

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
fentanilo citrato paletas	3
FERRIPROX SOLUCIÓN	5
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG	5
FILSPARI COMPRIMIDOS	5
FIRDAPSE COMPRIMIDOS	5
FLOLIPID SUSPENSIÓN	4
FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG	5
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG	5
GALAFOLD CÁPSULAS	5
GAVRETO CÁPSULAS	5
gefitinib comprimidos	5
GENOTROPIN INYECTABLE	5
GENOTROPIN INYECTABLE 5 MG	5
GILOTRIF COMPRIMIDOS	5
HADLIMA INYECTABLE	5
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	5
HAEGARDA INYECTABLE	5
HEMLIBRA INYECTABLE	5
HIZENTRA INYECTABLE	5
HUMIRA INYECTABLE 10 MG	5
HUMIRA INYECTABLE 20 MG	5
HUMIRA INYECTABLE 40 MG	5
HUMIRA INYECTABLE 80 MG	5
HUMIRA INYECTABLE CROHNS/UC/HIDRADENITIS	5
PAQUETE DE INICIO	
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE INICIO	5
HUMIRA INYECTABLE PAQUETE DE INICIO PARA COLITIS	5
ULCEROSA PEDIÁTRICA	
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS/UEVÍTIS PAQUETE DE INICIO	5
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 mg	5
HYCANTIN CÁPSULAS	5
hidroxiprogesterona iny.	4
HYFTOR GEL	5
HYQVIA INYECTABLE	5
icatibant inyetable	5
ICLUSIG COMPRIMIDOS	5
IDHIFA COMPRIMIDOS	5
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 MG	5
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg	5
IMBRUVICA SUSPENSIÓN	5
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG	5
IMCIVREE INYECTABLE	5
INBRIJA POLVO PARA INHALACIÓN	4

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
INGREZZA CÁPSULAS	5
INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES	5
INLYTA COMPRIMIDOS	5
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG	5
INZIRQO SUSPENSIÓN	4
IRESSA COMPRIMIDOS	5
itraconazol solución	4
JAKAFI COMPRIMIDOS	5
JAYPIRCA COMPRIMIDOS	5
KALYDECO PAK	5
KALYDECO COMPRIMIDOS	5
KERENDIA COMPRIMIDOS	4
KEVZARA INYECTABLE	5
KHINDIVI SOLUCIÓN	5
KISQALI PAK	5
KISQALI COMPRIMIDOS	5
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG	5
KRAZATI COMPRIMIDOS	5
lansoprazol odt	4
lapatinib ditosilato comprimidos	2
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS	3
LENVIMA CÁPSULAS	5
l-glutamina paquete de polvo	2
LINZESS CÁPSULAS	4
liraglutida solución en pluma inyectora	3
LIVMARLI SOLUCIÓN	5
LIVTENCITY COMPRIMIDOS	5
lofexidina hcl comprimidos	4
LOKELMA PAQUETE	3
LONSURF COMPRIMIDOS	5
LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG	5
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG	5
lubiprostone cápsulas	3
LUCEMYRA COMPRIMIDOS	4
LUMRYZ PAQUETE	5
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO	5
LUPKYNIS CÁPSULAS	5
LYNPARZA COMPRIMIDOS	5
LYTGobi PAQUETE DE TERAPIA	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
LYVISPAH PAQUETE DE GRÁNULOS	4
MAVYRET PAK	3
MAVYRET COMPRIMIDOS	3
MEKINIST SOLUCIÓN	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG	5
MEKTOVI COMPRIMIDOS	5
mercaptopurina suspensión	4
metiltestosterona cápsulas	4
mifepristona comprimidos	5
miglustat cápsulas	5
MOTEGRITY COMPRIMIDOS	4
MOUNJARO INYECTABLE	3
MOVANTIK COMPRIMIDOS	3
NEMLUVIO INYECTABLE	5
NERLYNX COMPRIMIDOS	5
nilotinib hcl cápsulas	2
NINLARO CÁPSULAS	5
nitazoxanida comprimidos	3
nitrofurantoína suspensión	4
NORLIQVA SOLUCIÓN ORAL	4
NUBEQA COMPRIMIDOS	5
NUDEXTA CÁPSULAS	3
ODACTRA SL COMPRIMIDOS	4
ODOMZO CÁPSULAS	5
OFEV CÁPSULAS	5
OJJAARA COMPRIMIDOS	5
OLUMIANT COMPRIMIDOS	5
OMNITROPE INYECTABLE	5
OPSUMIT COMPRIMIDOS	5
OPZELURA CREMA	4
ORENCIA CLICK INYECTABLE	5
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/ML	5
ORENCIA SC INYECTABLE 50 MG/0,4 ML	5
ORENCIA SC INYECTABLE 87.5 MG/0.7 ML	5
ORGOVYX COMPRIMIDOS	5
ORIAHNN CÁPSULAS	3
ORILISSA COMPRIMIDOS 150 MG	3
ORILISSA COMPRIMIDOS 200 MG	3
ORKAMBI PAQUETE GRANULADO	5
ORKAMBI COMPRIMIDOS	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
OXERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	5
OZEMPIC INYECTABLE	3
PALFORZIA POLVO EN PAQUETE	5
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES	5
PANRETIN GEL	5
pazopanib comprimidos	2
PEMAZYRE COMPRIMIDOS	5
PIQRAY COMPRIMIDOS	5
pirfenidona cápsulas	2
pirfenidona comprimidos 267 mg	2
pirfenidona comprimidos 801 mg	2
POMALYST CÁPSULAS	5
PRALUENT INYECTABLE	4
PREVYMIS PAK	5
PREVYMIS COMPRIMIDOS	5
PROGESTERONA SUPOSITORIOS	4
prucaloprida succinato comprimidos	4
pirimetamina comprimidos	2
PYRUKYND COMPRIMIDOS	5
PYRUKYND TAPER PAQUETE	5
QBRELIS SOLUCIÓN	4
QINLOCK COMPRIMIDOS	5
RADICAVA ORS KIT DE INICIO	5
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN	5
RETEVMO CÁPSULAS	5
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG	5
RETEVMO COMPRIMIDOS	5
RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG	5
REXULTI COMPRIMIDOS	4
REZLIDHIA CÁPSULAS	5
REZUROCK COMPRIMIDOS	5
RINVOQ ER COMPRIMIDOS	5
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL	5
ROZLYTREK CÁPSULAS	5
ROZLYTREK PAK	5
RUBRACA COMPRIMIDOS	5
RUCONEST INYECTABLE	5
rufinamida suspensión	3
rufinamida comprimidos	3
RYBELSUS COMPRIMIDOS	3
RYDAPT CÁPSULAS	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
SCEMBLIX COMPRIMIDOS	5
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG	5
SIGNIFOR INYECTABLE	5
sildenafil suspensión	3
sildenafil comprimidos 20 mg	2
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk)	5
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk)	5
SIMPONI AUTOINYECTOR 100 MG	5
SIMPONI INYECTABLE 100 MG	5
SKYCLARYS CÁPSULAS	5
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML	5
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2 ML	5
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML	5
SODIO OXIBATO SOLUCIÓN	5
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR COMPRIMIDOS	3
SOGROYA INYECTABLE	4
SOLIQUA INYECTABLE	3
SOLOSEC PAQUETE GRANULADO	4
SOMAVERT INYECTABLE	5
sorafenib tosilato comprimidos	2
SPIRIVA HANDIHALER	4
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 2.5 MCG/ACTUACIÓN	4
STIVARGA COMPRIMIDOS	5
STRENSIQ INYECTABLE	5
sunitinib malato cápsulas	2
SUNOSI COMPRIMIDOS	3
SYMDEKO COMPRIMIDOS	5
SYMPROIC COMPRIMIDOS	3
SYNAGIS INYECTABLE	1
TABRECTA COMPRIMIDOS	5
tadalafil comprimidos (PAH)	2
TADLIQ SUSPENSIÓN	4
TAFINLAR CÁPSULAS	5
TAFINLAR COMPRIMIDOS	5
tafluprost solución oftálmica libre de conservantes (pf)	3
TAKHZYRO INYECTABLE	5
TAKHZYRO INYECTABLE 150 MG/ML	5
TALTZ INYECTABLE	5
TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML	5
TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML	5
TALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5
TAVNEOS CÁPSULAS	5
TAZVERIK COMPRIMIDOS	5
TESTOSTERONA GEL 1 % 25 MG	3
testosterona gel 1 % 50 mg	3
testosterona gel 1 % bomba	3
testosterona gel 1.62 % 1.25 mg	4
testosterona gel 1.62 % 2.5 mg	4
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 GM	4
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1%	3
testosterona gel con bomba 1.62%	3
testosterona solución	3
tetrabenazina comprimidos	4
TEZSPIRE COMPRIMIDOS	5
THALOMID CÁPSULAS	5
TIBSOVO TAB	5
tiopronina comprimidos	5
tiopronina comprimidos de liberación retardada	2
tiotropio bromuro cápsulas para inhalador	4
TOBI PODHALER	5
tolvaptán comprimidos paquete de terapia	2
topiramato solución oral	4
tretinoína crema	3
tretinoína gel	3
tretinoína gel 0.08%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS 0.04%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS 0.1%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS CON BOMBA 0.04%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS CON BOMBA 0.1%	3
trientina cápsulas	5
TRIKAFTA COMPRIMIDOS	5
TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA	5
TRINTELLIX COMPRIMIDOS	4
TRULANCE COMPRIMIDOS	3
TRULICITY INYECTABLE	3
TRUQAP COMPRIMIDOS	5
TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA	5
TUKYSA COMPRIMIDOS	5
TURALIO CÁPSULAS	5
TYENNE INYECTABLE	5
TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
UCERIS ESPUMA RECTAL	4
UPTRAVI COMPRIMIDOS	5
VALCHLOR GEL	5
VANFLYTA COMPRIMIDOS	5
VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG	5
VELTASSA POLVO	3
VELTASSA POLVO 1 GM	3
VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO	5
VENCLEXTA COMPRIMIDOS	5
VEOZAH COMPRIMIDOS	4
VERZENIO COMPRIMIDOS	5
VICTOZA INYECTABLE	3
VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS	5
VIJOICE COMPRIMIDOS	5
VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG	5
VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG	5
VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG	5
VITRAKVI SOLUCIÓN	5
VONJO CÁPSULAS	5
VOWST CÁPSULAS	5
VOXZOGO INYECTABLE	5
VYNDAMAX CÁPSULAS	5
VYNDAQEL CÁPSULAS	5
WAKIX COMPRIMIDOS	5
WELIREG COMPRIMIDOS	5
XADAGO COMPRIMIDOS	4
XALKORI CÁPSULAS	5
XALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES	5
XELJANZ SOLUCIÓN	5
XELJANZ COMPRIMIDOS	5
XELJANZ XR COMPRIMIDOS	5
XEMBIFY INYECTABLE	5
XGEVA INYECTABLE	5
XOSPATA COMPRIMIDOS	5
XPHOZAH COMPRIMIDOS	5
XPOVIO PAK	5
XROMI SOLUCIÓN	4
XULTOPHY INYECTABLE	3
ZAVZPRET SPRAY NASAL	3
ZEJULA CÁPSULAS	5
ZEJULA COMPRIMIDOS	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

**Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de
medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025**

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
ZELBORAF COMPRIMIDOS	5
ZEPOSIA CÁPSULAS	5
ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO	5
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	4
ZOLINZA CÁPSULAS	5
ZONISADE SUSPENSIÓN	4
ZORYVE CREMA	3
ZTALMY SUSPENSIÓN	5
ZYDELIG COMPRIMIDOS	5
ZYKADIA CÁPSULAS	5
ZYKADIA COMPRIMIDOS	5

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025
RxCents (ahorros con partición de comprimidos)

Partir los comprimidos ayuda a controlar los costos de los beneficios de los medicamentos recetados y puede ofrecer ahorros considerables a los miembros. La participación en el programa es voluntaria. A través de este programa, los miembros pagan hasta la mitad de su copago habitual para un grupo limitado de medicamentos recetados. Los medicamentos incluidos en este programa se basan en los siguientes criterios:

- El producto se encuentra en la lista de medicamentos.
- El Comité de Farmacia y Terapéutica reconoce que el producto es apropiado para la partición.
- El medicamento tiene un precio estable (es decir, se deben valorar de manera comparativa diversas concentraciones del medicamento).
- El medicamento debe administrarse una vez por día.

A continuación, se ilustra un ejemplo de los ahorros que pueden hacerse a través de este programa.

	Producto y concentración	Cantidad	Copago del miembro	Ahorros anuales del miembro
Sin partición de comprimidos	Fármaco A 40 mg comprimidos	30	\$15.00	
Con partición de comprimidos	Fármaco A 80 mg comprimidos	15	\$7.50	\$90

Como muestra el ejemplo, la partición de comprimidos permite a los miembros recibir la misma dosis con una menor cantidad de comprimidos; por lo tanto, el general

Medicamentos del programa RxCents

JANUVIA COMPRIMIDOS TRINTELLIX COMPRIMIDOS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025
De venta libre

• Los siguientes medicamentos de venta libre son un beneficio cubierto con una receta.

Medicamentos de venta libre

ACCU-CHEK GUIDE MEDIDOR	ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	ACCU-CHEK GUIDE TIRAS REACTIVAS	AEROCHAMBER
ALCOHOL EN GASAS	aspirina comprimidos masticables 81 mg	aspirina ec comprimidos 325 mg	aspirina ec comprimidos 81 mg
aspirina comprimidos 325 mg	B-D JERINGA DE INSULINA	B-D PEN AGUJA PARA PLUMA	budesonida spray nasal
CALIBRACIÓN LÍQUIDO	cimetidina comprimidos	CLINISTIX TIRAS REACTIVAS	CONCEPTROL GEL
ANTICONCEPTIVO PELÍCULAS	ANTICONCEPTIVO ESPUMA	ANTICONCEPTIVO GEL	ANTICONCEPTIVO SUPOSITORIOS
DIFFERIN OTC GEL 0.1%	EMBECTA JERINGA DE INSULINA	EMBECTA AGUJA PARA PLUMA	esomeprazol cápsulas
esomeprazol magnesio DR comprimidos	CONDONES FEMENINOS	FLONASE SENSIMIST SPRAY NASAL	ácido fólico comprimidos 400 mcg
ácido fólico comprimidos 800 mcg	FREESTYLE FREEDOM LITE MEDIDOR	FREESTYLE INSULINX TIRAS REACTIVAS	FREESTYLE LITE MEDIDOR
FREESTYLE LITE TIRAS REACTIVAS	FREESTYLE PRECISION NEO MEDIDOR	FREESTYLE PRECISION NEO TIRAS REACTIVAS	FREESTYLE TIRAS REACTIVAS
guaifenesina/codeína jarabe	HUMULIN MIX INYECTABLE	HUMULIN MIX PLUMA INYECTABLE	HUMULIN N INYECTABLE
HUMULIN N PLUMA INYECTABLE	HUMULIN R INYECTABLE	KETO-DIASTIX TIRAS REACTIVAS	KETOSTIX
ketotifeno solución oftálmica	LANCETAS DISPOSITIVO	LANCET KIT	LANCETAS lansoprazol
Cápsulas masticables	levonorgestrel comprimidos	CONDONES MASCULINOS	meclizina comprimidos
meclizina comprimidos	naloxona hcl spray nasal	NARCAN SPRAY NASAL	NASACORT OTC SPRAY NASAL
NEXIUM 24HR COMPRIMIDOS	NICODERM PARCHES	NICORETTE GOMA DE MASCAR	NICORETTE PASTILLAS
nicotina goma de mascar	NICOTINA KIT	nicotina pastillas	nicotina parches
NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	NOVOTWIST AGUJA PARA PLUMA	NOVOTWIST/NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	olopatadina solución oftálmica 0.1%
olopatadina solución oftálmica 0.2 %	omeprazol comprimidos	ONETOUCH DELICA LANCETAS	ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS
ONETOUCH DELICA LANCETAS ULTRASUAVES	MEDIDOR DE FLUJO PICOR	PLAN B COMPRIMIDOS	PRECISION XTRA MEDIDOR
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS	PREVACID OTC COMPRIMIDOS	RIVIVE, REXTOVY SPRAY	TODAY ESPONJA
triamcinolona OTC spray nasal	zinc gluconato comprimidos		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025
Farmacia especializada obligatoria (MSP)

- Navitus utiliza una farmacia especializada, con experiencia en la manipulación de medicamentos especializados para coordinar el apoyo personalizado de los miembros que tienen enfermedades crónicas y complejas.
- Los medicamentos especializados solo están disponibles para el suministro de un mes debido a su alto costo y uso.
- Una farmacia especializada debe suministrar los siguientes medicamentos.

Medicamentos de la farmacia especializada obligatoria (MSP)

abiraterona comprimidos 250 mg	ACTIMMUNE INYECTABLE	ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML	ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2 PLUMAS)	ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS)	ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE	ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML	ADALIMUMAB-ADAZ PFS INYECTABLE
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR	ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML	ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML	ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML
ADBRY INYECTABLE	ALECENSA CÁPSULAS	ALFERON-N INYECTABLE	ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5MG
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG	ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 MG	ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 MG, 180 mg	ambisentán comprimidos
ARIKAYCE SUSPENSIÓN	AUGTYRO CÁPSULAS	AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG	AUSTEDO COMPRIMIDOS
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS	AUSTEDO XR COMPRIMIDAS KIT CON DOSIS AJUSTADAS	AUSTEDO XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	AVONEX INYECTABLE
AYVAKIT COMPRIMIDOS	BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG	BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG	BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG
BENLYSTA AUTOINYECTOR	BENLYSTA INYECTABLE	BERINERT INYECTABLE	BESREMI INYECTABLE
BETASERON INYECTABLE	bexaroteno cápsulas	bexaroteno gel	bosentán comprimidos
bosentán comprimidos para suspensión oral	BOSULIF CÁPSULAS	BOSULIF COMPRIMIDOS	BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG
BRUKINSA CÁPSULAS DISPERSABLES	BYLVAY CÁPSULAS 1200 MCG	BYLVAY CÁPSULAS 400 MCG	BYLVAY CÁPSULAS 200 MCG
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MCG	CABLIVI KIT INYECTABLE	CABOMETYX COMPRIMIDOS	CALQUENCE COMPRIMIDOS
CAMZYOS CÁPSULAS	capecitabina comprimidos	CAPRELSA COMPRIMIDOS	CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG
CARBAGLU COMPRIMIDOS	ácido carglúmico comprimidos	CAYSTON SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	CHOLBAM CÁPSULAS
CIMZIA INYECTABLE	CINRYZE INYECTABLE	COMETRIQ KIT	COPIKTRA CÁPSULAS
COTELLIC COMPRIMIDOS	CYSTADANE POLVO	CYSTADROPS SOLUCIÓN	CYSTAGON CÁPSULAS
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTALMOLÓGICA	dalfampridina ER comprimidos	dasatinib comprimidos	DAYBUE SOLUCIÓN
deferasirox paquete de gránulos	deferiprona comprimidos	dimetilfumarato DR cápsulas	dimetilfumarato DR paquete de inicio
DOPTLET COMPRIMIDOS	DUPIXENT INYECTABLE	DUPIXENT PLUMA INYECTABLE	EBGLYSS INYECTABLE
EBGLYSS PLUMA INYECTABLE	eltrombopag olamina polvo en paquete para suspensión	eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg	eltrombopag olamina comprimidos 50 mg

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

eltrombopag olamina comprimidos 75 mg	ENBREL INYECTABLE 25 MG	ENBREL INYECTABLE 50 MG	ENBREL MINI INYECTABLE
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG	EPIDIOLEX SOLUCIÓN	ERIVEDGE CÁPSULAS	ERLEADA COMPRIMIDOS
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG	erlotinib comprimidos	erlotinib comprimidos 25 mg	ESBRIET CÁPSULAS
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG	ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG	ETOPÓSIDO CÁPSULAS	everolimus comprimidos
everolimus comprimidos 5 mg	everolimus comprimidos para suspensión oral	FERRIPROX SOLUCIÓN	FERRIPROX COMPRIMIDOS
1000 MG FILSPARI COMPRIMIDOS	figolimod hcl cápsulas 0.5 mg	FIRDAPSE COMPRIMIDOS	FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG	FULPHILA INYECTABLE	FUROSCIX KIT	GALAFOLD CÁPSULAS
GAVRETO CÁPSULAS	gefitinib comprimidos	GENOTROPIN INYECTABLE	GENOTROPIN INYECTABLE 5 MG
GILENYA CÁPSULAS 0.25 MG	GILOTRIF COMPRIMIDOS	glatiramer injectable	HADLIMA INYECTABLE
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	HADLIMA PUSH INYECTABLE	HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	HAEGARDA INYECTABLE
HEMLIBRA INYECTABLE	HIZENTRA INYECTABLE	HUMIRA INYECTABLE 10 MG	HUMIRA INYECTABLE 20 MG
HUMIRA INYECTABLE 40 MG	HUMIRA INYECTABLE 80 MG	HUMIRA INYECTABLE	HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO
		CROHNS/UC/HIDRADENITIS	CROHNS PAQUETE DE INICIO
		PAQUETE DE INICIO	
HUMIRA INYECTABLE PAQUETE DE INICIO PARA COLITIS ULCEROSA PEDIÁTRICA	HUMIRA INYECTABLE	HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 MG	HYCMTIN CÁPSULAS
hidroxiprogesterona injectable	PSORIASIS/UEÍTIS PAQUETE DE INICIO		
ICLUSIG COMPRIMIDOS	HYFTOR GEL	HYQVIA INYECTABLE	icatibant injectable
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 MG	IDHIFA COMPRIMIDOS	imatinib comprimidos	IMBRUVICA CÁPSULAS 140 MG
	IMBRUVICA SUSPENSIÓN	IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG	IMCIVREE INYECTABLE
INCRELEX INYECTABLE	INGREZZA CÁPSULAS	INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES	INLYTA COMPRIMIDOS
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG	INTRON-A INYECTABLE	IRESSA COMPRIMIDOS	JAKAFI COMPRIMIDOS
JAYPIRCA COMPRIMIDOS	KALYDECO PAK	KALYDECO COMPRIMIDOS	KESIMPTA INYECTABLE
KEVZARA INYECTABLE	KHINDIVI SOLUCIÓN	KISQALI PAK	KISQALI COMPRIMIDOS
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG	KRAZATI COMPRIMIDOS	lapatinib ditosilato comprimidos	LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS
lenalidomida cápsulas	LENVIMA CÁPSULAS	leuprolida injectable	l-glutamina paquete de polvo
LIVMARLI SOLUCIÓN	LIVTENCITY COMPRIMIDOS	LONSURF COMPRIMIDOS	LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG	LUMRYZ PAQUETE	LUMRYZ PAQUETE DE INICIO	LUPKYNIS CÁPSULAS
LUPRON DEPOT INYECTABLE	LUPRON DEPOT PED INYECTABLE	LUPRON DEPOT-PED INYECTABLE	LYNPARZA COMPRIMIDOS
LYSODREN COMPRIMIDOS	LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA	MAVENCLAD PAQUETE DE TERAPIA	MAVYRET PAK
MAVYRET COMPRIMIDOS	MAYZENT COMPRIMIDOS	MAYZENT COMPRIMIDOS	MEKINIST SOLUCIÓN
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG	MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG	PAQUETE DE INICIO	mesna comprimidos
MESNEX COMPRIMIDOS	mifepristona comprimidos	MEKTOVI COMPRIMIDOS	
NEMLUVIO INYECTABLE	NERLYNX COMPRIMIDOS	miglustat cápsulas	MYLERAN COMPRIMIDOS
NINLARO CÁPSULAS	NIVESTYM INYECTABLE	nilotinib hcl cápsulas	nilutamida comprimidos
OCTREOTIDA INYECTABLE 100 MCG	ODOMZO CÁPSULAS	NUBEQA COMPRIMIDOS	octreotida injectable
OLUMIANT COMPRIMIDOS	OMNITROPE INYECTABLE	OFEV CÁPSULAS	OJJAARA COMPRIMIDOS
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/M	ORENCIA SC INYECTABLE 50 mg/0.4 ml	OPSUMIT COMPRIMIDOS	ORENCIA CLICK INYECTABLE
ORKAMBI PAQUETE GRANULADO	ORKAMBI COMPRIMIDOS	ORENCIA SC INYECTABLE 87.5 MG/0.7 ML	
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES	PANRETIN GEL	OXERVATE SOLUCIÓN	PALFORZIA POLVO EN PAQUETE
PEG-INTRON INYECTABLE		OFTÁLMICA	PEGASYS INYECTABLE
pirfenidona comprimidos 267 mg	PEMAZYRE COMPRIMIDOS	pazopanib comprimidos	
	pirfenidona comprimidos 801 mg	PIQRAY COMPRIMIDOS	pirfenidona cápsulas
		PLEGRIDY INYECTABLE	PLEGRIDY PLUMA INYECTABLE

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

POMALYST CÁPSULAS	PREVMIS PAK	PREVMIS COMPRIMIDOS	PULMOZYME SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
pirimetamina comprimidos RADICAVA ORS KIT DE INICIO	PYRUKYND COMPRIMIDOS RADICAVA ORS SUSPENSIÓN CÁPSULAS	PYRUKYND TAPER PAQUETE REBIF INYECTABLE	QINLOCK COMPRIMIDOS RETEVMO CÁPSULAS
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG	RETEVMO COMPRIMIDOS	RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG	REVLIMID CÁPSULAS
REZLIDHIA CÁPSULAS RINVOQ ER COMPRIMIDOS ROZLYTREK PAK RUBRACA COMPRIMIDOS	REZUROCK COMPRIMIDOS RINVOQ SOLUCIÓN ORAL RUCONEST INYECTABLE	RIBAVIRINA CÁPSULAS ROZLYTREK CÁPSULAS RYDAPT CÁPSULAS	RIBAVIRINA COMPRIMIDOS RINVOQ ER COMPRIMIDOS SAMSCA COMPRIMIDOS 15 MG
sapropterina dihidrocloruro polvo en paquete SIGNIFOR INYECTABLE	sapropterina dihidrocloruro comprimido soluble SIMLANDI INYECTABLE	SCSEMBLIX COMPRIMIDOS	SCSEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG
SIMPONI INYECTABLE 100 MG SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2 ML SOGROYA INYECTABLE STRENSIQ INYECTABLE TABRECTA COMPRIMIDOS TAKHZYRO INYECTABLE 150 MG/ML TALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG	SIRTURO COMPRIMIDOS SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML SOMAVERT INYECTABLE sunitinib malato cápsulas TAFINLAR CÁPSULAS TALTZ INYECTABLE	SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk) SKYCLARYS CÁPSULAS SODIO OXIBATO SOLUCIÓN	SIMPONI AUTOINYECTOR 100 MG SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML SOFOSBUVIR/VELPATASVI
temozolomida cápsulas THALOMID CÁPSULAS	TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG teriflunomida comprimidos TIBSOVO COMPRIMIDOS	sorafenib tosilato comprimidos SYMDEKO COMPRIMIDOS TAFINLAR COMPRIMIDOS TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML TAVNEOS CÁPSULAS	STIVARGA COMPRIMIDOS SYNAGIS INYECTABLE TAKHZYRO INYECTABLE TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML TAZVERIK COMPRIMIDOS
TOBI PODHALER	teribenazina comprimidos tiopronina comprimidos	tetrabenazina comprimidos tiopronina comprimidos	TEZSPIRE INYECTABLE tiopronina comprimidos de liberación retardada tolvaptán comprimidos paquete de terapia
tretinoína cápsulas TRUQAP COMPRIMIDOS TYENNE INYECTABLE	tobramicina solución para nebulizar	TOLVAPTAN COMPRIMIDOS	TRIAKTA PAQUETE DE TERAPIA
VALCHLOR GEL	trientina cápsulas TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA TYMLOS INYECTABLE	TRIAKTA COMPRIMIDOS TUKYSA COMPRIMIDOS TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG	TRIAKTA PAQUETE DE TERAPIA TURALIO CÁPSULAS UPTRAVI COMPRIMIDOS
VENCLEXTA COMPRIMIDOS	VANFLYTA COMPRIMIDOS	VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG	VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO
VIJOICE COMPRIMIDOS 250MG VIVITROL INYECTABLE VYNDAMAX CÁPSULAS XALKORI CÁPSULAS	VERZENIO COMPRIMIDOS	VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG VOWST CÁPSULAS WAKIX COMPRIMIDOS XELJANZ SOLUCIÓN	VIJOICE COMPRIMIDOS
XELJANZ XR COMPRIMIDOS XPHOZAH COMPRIMIDOS ZEJULA COMPRIMIDOS ZOLINZA CÁPSULAS	VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG VONJO CÁPSULAS VYNDAQEL CÁPSULAS XALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES XEMBIFY INYECTABLE XPOVIO PAK ZELBORAF COMPRIMIDOS ZTALMY SUSPENSIÓN	XGEVA INYECTABLE ZARXIO INYECTABLE ZEPOSIA CÁPSULAS ZYDELIG COMPRIMIDOS	VITRAKVI SOLUCIÓN VOXZOGO INYECTABLE WELIREG COMPRIMIDOS XELJANZ COMPRIMIDOS
			XOSPATA COMPRIMIDOS ZEJULA CÁPSULAS ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO ZYKADIA CÁPSULAS

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Ultima actualizacion* 9/11/2025
Terapia escalonada (ST)

• Los siguientes medicamentos de venta libre son un beneficio cubierto con una receta.

Nombre del medicamento Nombre del medicamento	Medicamentos con terapia escalonada (ST)
	Límite de cantidad Requisitos de la terapia escalonada
BECONASE AQ SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona
buprenorfina parches	QL= 4 parches/28 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
DEXCOM G6 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 TRANSMISOR	QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS)	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DIFICID SUSPENSIÓN	QL= 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
DIFICID COMPRIMIDOS	QL= 20 comprimidos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
febuxostat comprimidos	La terapia escalonada requiere la prueba de alopurinol
fentanilo parches	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
fidaxomicina comprimidos	QL= 20 comprimidos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
fluvoxamina ER cápsulas	La terapia escalonada requiere la prueba de citalopram, escitalopram, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina o paroxetina
FREESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando insulina
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando insulina
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando insulina
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS)	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
hidrocodona bitartrato er comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides)

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Ultima actualizacion* 9/11/2025
Terapia escalonada (ST)

• Los siguientes medicamentos están incluidos en la lista de medicamentos con una terapia escalonada.

Nombre del medicamento	<u>Medicamentos con terapia escalonada (ST)</u>
Nombre del medicamento	Requisitos de la terapia escalonada
hidromorfona ER comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides)
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HF QL= LIVALO COMPRIMIDOS	2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; la terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto de albuterol HFA La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
metadona solución	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
metadona comprimidos	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
methadose comprimidos	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
MORFINA SULFATO ER CÁPSULAS PERLADAS	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
morfina sulfato ER comprimidos	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
NEXLETOL COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina.
NEXLIZET COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NUCYNTA ER COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
pitavastatina cálcica comprimidos	La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REPATHA INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere una prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere una prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina.
risedronato DR comprimidos	La terapia escalonada requiere la prueba de alendronato
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 1.25 MCG/ACTUACIÓN	QL= 1 inhalador/30 días; la terapia escalonada requiere una prueba de ADVAIR (FLUTICASONA/SALMETEROL), BREO (FLUTICASONA/VILANTEROL), DULERA (MOMETASONA/FORMOTEROL) o SYMBICORT (BUDESONIDA/FORMOTEROL)
tadalafil comprimidos 2.5 mg, 5 mg	QL= 1 comprimido/día; la Terapia escalonada requiere prueba de doxazosina comprimidos, prazosina comprimidos, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas, finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodosina cápsulas o tamsulosina cápsulas
tavaborol solución	QL= 10 ml/30 días; la terapia escalonada requiere prueba de solución para uñas de ciclopirox y terbinafina comprimidos
tramadol ER comprimidos	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
TRAMADOL HCL ER COMPRIMIDOS	La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
XTAMPZA ER CÁPSULAS	QL= 120 cápsulas/30 días; La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
ZETONNA SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Agentes para abandonar el tabaquismo
Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento
bupropión SR tabletas (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICODERM PARCHES (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICORETTE GOMA DE MASCAR (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICORETTE PASTILLAS (Limitado a 180 días/año del plan)	1
nicotina goma de mascar (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICOTINA KIT (Limitado a 180 días/año del plan)	1
nicotina pastillas (Limitado a 180 días/año del plan)	1
nicotina parches (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICOTROL INHALADOR (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICOTROL SPRAY NASAL (Limitado a 180 días/año de plan)	1
VARENICLINA COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	1
vareniclina tartrato comprimidos (Limitado a 180 días/año del plan)	1
vareniclina tartrato comprimidos paquete de inicio (Limitado a 180 días/año del plan)	1
ZYBAN COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	1

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos para la infertilidad del Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento
cetrorelix acetato kit inyectable	NC
CETROTIDE KIT	NC
clomifeno citrato comprimidos	NC
CLOMIFENO COMPRIMIDOS	NC
FOLLISTIM AQ INYECTABLE	NC
GONAL-F RFF INYECTABLE	NC
GONAL-F RFF INYECTABLE, GONAL-F INYECTABLE	NC
PREGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECTABLE	NC
leuprolida inyectable	5
MENOPUR INYECTABLE OVIDREL INYECTABLE	NC
OVIDREL INYECTABLE	NC
PREGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECTABLE	6

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)	
Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento
ABRYSVO INYECTABLE	QL= 1 dosis/vida
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2 PLUMAS)	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS)	QL= 1 kit/reposición; 1 reposición/año del plan
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-ADAZ PFS INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML	QL = 2 iny./28 días
ADBRY INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
AIMOVIG INY.	QL= 1 paquete/28 días
AJOVY INYECTABLE	QL= 1 paquete/28 días
AKYNZEO CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/reposición; restringido para especialistas en Oncología o Hematología
albuterol HFA inhalador	QL = 2 inhaladores/30 días
ALECENSA CÁPSULAS	QL = 8 cápsulas/día
ALINIA SUSPENSIÓN	QL = 60 ml/3 días
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante
almotriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 mg	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 mg, 180 mg	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
ambrisentán comprimidos	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
ANNOVERA ANILLO	QL= 1 anillo/año
ANZEMET COMPRIMIDOS	QL = 9 comprimidos/reposición
aprepitant cápsulas	QL = 3 cápsulas/reposición
aprepitant pak	QL = 3 cápsulas/reposición
APRETUDE SUSPENSIÓN	QL= 7 iny./año
ARBLI SUSPENSIÓN	QL= 330 mL/30 días; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante
AREXVY INYECTABLE	QL= 1 dosis/vida
ARIKAYCE SUSPENSIÓN	QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Maxor Pharmacy 800-658-6046
armodafinilo comprimidos	QL = 1 comprimido/día
asenapina maleato SL comprimidos	QL = 2 comprimidos/día
AUGTYRO CÁPSULAS	QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
AUSTEDO COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS KIT CON DOSIS AJUSTADAS	QL= 1 paquete/28 días
AUSTEDO XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	QL= 1 paquete/28 días
AYVAKIT COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767
BAQSIMI POLVO NASAL	QL= 2 inhalaciones/reposición
BAXDELA TAB	QL= 2 comprimidos/día; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa
BECONASE AQ SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona
BENLYSTA AUTOINYECTOR	QL= 4 iny./28 días
BENLYSTA INYECTABLE	QL= 4 iny./28 días
BESREMI INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
bimatoprost solución oftálmica	QL = 2.5 mL/30 días
bosentán comprimidos	QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
bosentán comprimidos para suspensión oral	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG	QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416
BRUKINSA CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
budesonida ER comprimidos	QL = 1 comprimido/día
budesonida spray nasal	QL = 2 frascos/reposición
buprenorfina parches	QL= 4 parches/28 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opiode IR si no ha utilizado opiodes antes (dependencia de opiodes ER)
bupropión SR comprimidos	Limitado a 180 días/año del plan

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
butorfanol spray nasal	QL = 1 frasco/reposición, 2 reposiciones/30 días
BYLVAY CÁPSULAS 1200 MCG	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
BYLVAY CÁPSULAS 400 MCG	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 200 MCG	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MCG	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
CABLIVI KIT INYECTABLE	QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
CABOMETYX COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
CALQUENCE COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306, Onco360 877-662-6633 o Walgreens 888-347-3416
CAMZYOS CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416
CAPRELSA COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
CIMZIA INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
CINRYZE INYECTABLE	QL = 16 viales/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES	QL= 3 supositorios/reposición
clindamicina crema vaginal	
CLINDESSE CREMA VAGINAL	QL= 1 aplicador/reposición
clocortolona pivalato crema	QL= 90 gm/30 días
COMIRNATY INYECTABLE	QL= 1 dosis/17 días
COMIRNATY INYECTABLE 30 MCG/0.3 ML	QL= 1 dosis/17 días
COPIKTRA CÁPSULAS	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
COTELLIC COMPRIMIDOS	QL = 3 comprimidos/día
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER)	QL= 1 dosis/17 días
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-11 AÑOS (MODERNA)	QL= 1 dosis/24 días
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-4 AÑOS (PFIZER)	QL= 1 dosis/17 días
ciclosporina emulsión oftálmica	QL= 60 viales/30 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría
CYSTADROPS SOLUCIÓN	QL = 4 frascos/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
DAYBUE SOLUCIÓN	QL = 8 frascos/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007
DELESTROGEN INYECTABLE	QL = 5 ml/reposición
DEPO-PROVERA SC INYECTABLE 104 MG	QL = 1 iny./90 días
DEXCOM G6 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 TRANSMISOR	QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
DEXCOM G7 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS)	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
diazepam gel rectal	QL= 4 dosis/reposición
diclofenac gel	QL = 300 gm/30 días
diclofenac gel 1 %	QL = 5 pomos/reposición
diclofenaco solución 1.5%	QL = 3 frascos/reposición
DIFICID SUSPENSIÓN	QL = 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
DIFICID COMPRIMIDOS	QL= 20 tabletas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
donepezilo ODT	QL = 1 comprimido/día
donepezilo comprimidos	QL = 2 comprimidos/día
donepezilo comprimidos 23 mg	QL = 1 comprimido/día
DOPTLET COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
DUPIXENT INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
DUPIXENT INYECTABLE EN PLUMA	QL = 2 iny./28 días
EBGLYSS INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
EBGLYSS INYECTABLE EN PLUMA	QL = 1 iny./28 días
eletriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
eltrombopag olamina polvo en paquete para suspensión	QL = 1 paquete/día
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg	QL = 1 comprimido/día
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg	QL = 2 comprimidos/día
eltrombopag olamina comprimidos 75mg	QL = 2 comprimidos/día
ENBREL INYECTABLE 25 MG	QL = 8 iny./28 días
ENBREL INYECTABLE 50 MG	QL = 4 iny./28 días
ENBREL MINI INY.	QL = 4 iny./28 días
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG	QL = 4 iny./28 días
entecavir comprimidos	QL = 1 comprimido/día
epinefrina pluma inyectable 0.15 mg, 0.3 mg	QL= 2 iny./reposición
ERGOMAR SL COMPRIMIDOS	QL = 20 comprimidos/28 días
ERIVEDGE CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/día
ERLEADA COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG	QL = 1 comprimido/día
erlotinib comprimidos	QL = 1 comprimido/día
erlotinib comprimidos 25 mg	QL = 3 comprimidos/día
ESBRIET CÁPSULAS	QL = 9 cápsulas/día
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG	QL = 9 comprimidos/día
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG	QL = 3 comprimidos/día
estradiol vaginal comprimidos yuvafem vaginal comprimidos	QL= 8 comprimidos/28 días (18 comprimidos en la primera reposición)
estradiol valerato inyectable	QL = 5 ml/reposición

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
eszopiclona comprimidos	QL = 1 comprimido/día
everolimus comprimidos	QL = 1 comprimido/día
everolimus comprimidos 5 mg	QL = 2 comprimidos/día
everolimus comprimidos para suspensión oral	QL = 1 comprimido/día
ezetimiba/simvastatina comprimidos	QL= 1 comprimido/día (10-80 mg no está cubierto)
FARXIGA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
CONDONES FEMENINOS	QL= 12 condones/reposición
fentanilo citrato paletas	QL = 120 pastillas/30 días
fidaxomicina comprimidos	QL= 20 tabletas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
FILSPARI COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Optum Frontier 855-768-9727 o Caremark/CVS Specialty 800-378-0695
FLUAD INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
FLUBLOK INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
FLUCELVAX INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
FLULAVAL INYECTABLE, FLUARIX INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
FLUMIST NASAL	QL= 1 dosis/28 días
flunisolida solución nasal	QL = 2 frascos/reposición
fluticasona spray nasal	QL = 2 frascos/reposición
FLUZONE DE DOSIS ALTA PF INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
FREESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS)	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG	QL= 84 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco 360 877-662-6633
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG	QL= 21 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
FUROSCIX KIT	QL= 8 iny./reposición; únicamente disponible a través de Onco360 o CareMed 877-662-6633
gabapentina cápsulas	QL = 9 cápsulas/día
gabapentina solución	QL= 72 ml/día

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (OL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
gabapentina comprimidos 600 mg	QL = 6 comprimidos/día
gabapentina comprimidos 800 mg	QL = 4.5 comprimidos/día
GALAFOLD CÁPSULAS	QL= 14 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416
GAVILYTE-C SOLUCIÓN	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario
GAVRETO CÁPSULAS	QL = 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
gefitinib comprimidos	QL = 1 comprimido/día
GILOTRIF COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
GLUCAGEN HYPOKIT INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
glucagón (ADNr) para kit inyectable	QL= 2 iny./reposición
GLUCAGÓN EMR INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GLUCAGÓN KIT INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GLYXAMBI COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
GOLYTELY SOLUCIÓN	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario
granisetron comprimidos	QL = 14 comprimidos/reposición
GRANISOL SOLUCIÓN	QL = 60 ml/reposición
guaifenesina/codeína jarabe	QL = 240 ml/reposición
GVOKE INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GVOKE KIT INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GVOKE PFS INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
HADLIMA INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	QL = 2 iny./28 días
HADLIMA PUSH INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	QL = 2 iny./28 días
HUMIRA INYECTABLE 10 MG	QL = 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE 20 MG	QL = 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE 40 MG	QL = 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE 80 MG	QL = 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE CROHNS/UC/HIDRADENITIS PAQUETE DE INICIO	QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE INICIO	QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan
HUMIRA INYECTABLE PAQUETE DE INICIO PARA COLITIS ULCEROSA PEDIÁTRICA	QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS/UEVÍTIS PAQUETE DE INICIO	QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 mg	QL= 2 plumas/28 días
HID POL/CPM SUSPENSIÓN	QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días
HIDROCODONA BITARTRATO ER COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
hidrocodona/clorfenamina CR suspensión	QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días
hidrocodona/clorfeniramina/pseudoefedrina líquida	QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días
hidrocortisona succinato inyectable 1000 mg	QL= 2 viales/reposición
hidromorfona ER comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
HYFTOR GEL	QL = 10 gramos/30 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
ibandronato comprimidos 150 mg	QL = 1 comprimido/30 días
IDHIFA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
hidrocodona/clorfenamina CR suspensión	QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días
hidrocodona/clorfeniramina/pseudoefedrina líquida	QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días
hidrocortisona succinato inyectable 1000 mg	QL= 2 viales/reposición
hidromorfona ER comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
HYFTOR GEL	QL = 10 gramos/30 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
ibandronato comprimidos 150 mg	QL = 1 comprimido/30 días
IDHIFA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 MG	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
IMBRUVICA SUSPENSIÓN	QL= 6 ml/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
IMCIVREE INYECTABLE	QL= 1 iny./día; únicamente disponible a través de PantherRx Pharmacy 855-726-8479
IMITREX INYECTABLE	QL = 4 inyecciones/reposición, 2 reposiciones/30 días
INBRIJA POLVO PARA INHALACIÓN	QL = 10 cápsulas/día
INGREZZA CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416
INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416
INLYTA COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG	QL = 8 comprimidos/día
IRESSA COMPRIMIDOS	
ivermectina crema	QL= 45 gramos/30 días
JAKAFI COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
JANUMET COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
JANUMET XR COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
JANUVIA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
JARDIANCE COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
JAYPIRCA COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
JENTADUETO COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
JENTADUETO XR COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
KALYDECO PAK	QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
KALYDECO COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
KERENDIA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
ketorolaco inyectable 15 mg/ml	QL = 20 ml/5 días
ketorolaco inyectable 30 mg/ml	QL = 20 ml/5 días
ketorolaco inyectable 60 mg/2 ml	QL = 20 ml/5 días
ketorolaco comprimidos	QL = 20 comprimidos/5 días
KEVZARA INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (OL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
KHINDIVI SOLUCIÓN	QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante
KISQALI PAK	QL = 91 comprimidos/28 días
KISQALI COMPRIMIDOS	QL = 63 comprimidos/28 días
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG	QL = 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633
KRAZATI COMPRIMIDOS	QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
LAGEVRIO CÁPSULAS (EUA)	QL = 40 cápsulas/reposición
LAGEVRIO CÁPSULAS 200 MG	QL = 40 cápsulas/reposición
LASTACFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL = 3 ml/30 días
latanoprost solución oftálmica	QL = 2.5 ml/30 días
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
lenalidomida cápsulas	QL= 1 cápsula/día; restringido a especialistas en Oncología o Hematología; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
LENVIMA CÁPSULAS	QL = 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HFA INHALADOR	QL= 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; la terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto con albuterol HFA
l-glutamina paquete de polvo	QL = 6 paquetes/día
lidocaína pomada	QL = 107 g/30 días
lidocaína parche	QL = 3 parches/día
lidocaína parches 5%	QL = 3 parches/día
LINZESS CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/día
liraglutida solución en pluma inyectora	QL = 9 ml/30 días
LIVMARLI SOLUCIÓN	QL= 90ml/30 días; únicamente disponible a través de Eversana 866-849-4481
LIVTENCITY COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
lofexidina hcl comprimidos	QL = 96 comprimidos/7 días
LOKELMA PAQUETE	QL = 1 paquete/día
LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG	QL = 1 comprimido/día
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG	QL = 3 comprimidos/día
lubiprostona cápsulas	QL = 2 cápsulas/día
LUCEMYRA COMPRIMIDOS	QL = 96 comprimidos/7 días
LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL = 2.5 ml/30 días
LUMRYZ PAQUETE	QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO	QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
LUPKYNIS CÁPSULAS	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 o PantheRx Pharmacy 855-726-8479
LYNPARZA COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767 u Optum 877-445-6874
LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA	QL = 5 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633
malatión loción	QL = 2 frascos/reposición
CONDONES MASCULINOS	QL= 12 condones/reposición

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
MAVYRET PAK	QL= 5 paquetes/día
MAVYRET COMPRIMIDOS	QL = 3 comprimidos/día
medroxiprogesterona inyectable	QL = 1 iny./90 días
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG	QL = 3 comprimidos/día
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG	QL = 1 comprimido/día
MEKTOVI COMPRIMIDOS	QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416
metilergonovina comprimidos	QL = 28 comprimidos/reposición, 1 reposición/365 días
mifepristona comprimidos	QL = 4 comprimidos/día
MNEXSPIKE INYECTABLE 10 MCG/0.2 ML	QL= 1 dosis/24 días
modafinilo comprimidos	QL = 2 comprimidos/día
mometasona spray nasal	QL = 2 frascos/reposición
MOTEGRITY COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
MOUNJARO INYECTABLE	QL = 4 iny./28 días
MRESVIA INYECTABLE	QL= 1 dosis/vida
NALOXONA INYECTABLE PRECARGADO	QL= 2 iny./reposición
naratriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
NASACORT OTC SPRAY NASAL	QL = 2 frascos/reposición
NATROBA SUSPENSIÓN	QL = 1 frasco/reposición
NEFFY SPRAY	QL= 2 dosis/reposición
NEMLUVIO INYECTABLE	QL = 1 iny./56 días
NERLYNX COMPRIMIDOS	QL= 6 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
NEXLETOL COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NEXLIZET COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NICODERM PARCHES	Limitado a 180 días/año del plan
NICORETTE GOMA DE MASCAR	Limitado a 180 días/año del plan
NICORETTE PASTILLAS	Limitado a 180 días/año del plan
nicotina goma de mascar	Limitado a 180 días/año del plan
KIT DE NICOTINA	Limitado a 180 días/año del plan
nicotina pastilla	Limitado a 180 días/año del plan
nicotina parches	Limitado a 180 días/año del plan
NICOTROL INHALADOR	Limitado a 180 días/año del plan
NICOTROL SPRAY NASAL	Limitado a 180 días/año del plan
nitazoxanida comprimidos	QL = 6 comprimidos/3 días
NOVAVAX INYECTABLE	QL= 1 dosis/24 días
NUBEQA COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día
NUCYNTA ER COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
NUDEXTA CÁPSULAS	QL = 2 cápsulas/día

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (OL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
ODOMZO CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/día
OFEV CÁPSULAS	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416
OJJAARA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
olopatadina solución oftálmica 0.2 %	QL = 2.5 ml/30 días
OLUMIANT COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN	QL= 1 kit/año
OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN	QL= 1 kit/año
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	QL= 10 pods/30 días
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN	QL= 1 kit/año
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	QL= 10 pods/30 días
OMNIPOD 5 PAQUETE DE PODS	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN	QL= 1 kit/año
OMNIPOD DASH PODS	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD GO KIT	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD KIT DE INICIO	QL= 1 kit/año
OPSUMIT COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
OPZELURA CREMA	QL= 12 tubos/año
ORENCIA CLICK INYECTABLE	QL = 4 iny./28 días
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/ML	QL = 4 iny./28 días
ORENCIA SC INYECTABLE 50 MG/0.4 ML	QL = 4 iny./28 días
ORENCIA SC INYECTABLE 87.5 MG/0.7 ML	QL = 4 iny./28 días
ORGOVYX COMPRIMIDOS	QL= 30 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306
ORIAHNN CÁPSULAS	QL = 2 cápsulas/día
ORILISSA COMPRIMIDOS 150 MG	QL = 1 comprimido/día
ORILISSA COMPRIMIDOS 200 MG	QL = 2 comprimidos/día
ORKAMBI PAQUETE GRANULADO	QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
ORKAMBI COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
oseltamivir cápsulas	QL = 10 cápsulas/reposición
oseltamivir cápsulas 30 mg	QL = 20 cápsulas/reposición
oseltamivir suspensión	QL = 250 ml/reposición
OXERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL = 8 kits/ojo afectado/de por vida; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
OZEMPIC INYECTABLE	QL= 1 paquete/28 días
pazopanib comprimidos	QL = 4 comprimidos/día
peg 3350 solución (equiv. 100 gramos de Moviprep)	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de un medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario
peg 3350/electrolitos solución	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de un medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario
PEMAZYRE COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (OL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
PHEXXI GEL	QL = 1 caja/reposición
PICATO GEL	QL = 1 caja/reposición
pirfenidona cápsulas	QL = 9 comprimidos/día
pirfenidona comprimidos 267 mg	QL = 9 comprimidos/día
pirfenidona comprimidos 801 mg	QL = 3 comprimidos/día
POMALYST CÁPSULAS	QL = 21 cápsulas/28 días
POTIGA COMPRIMIDOS	QL = 3 comprimidos/día
POTIGA COMPRIMIDOS 50 mg	QL = 9 comprimidos/día
PRALUENT INYECTABLE	QL = 2 inyección/28 días
pregabalina cápsulas	QL = 3 cápsulas/día
pregabalina cápsulas 225 mg	QL = 2 cápsulas/día
pregabalina cápsulas 300 mg	QL = 2 cápsulas/día
pregabalina solución	QL= 30 ml/día
PRETOMAN ID COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas
PREVYMIS PAK	QL= 4 paquetes/día; límite 800 paquetes/365 días
PREVYMIS COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; límite 200 comprimidos/365 días
prucaloprida succinato comprimidos	QL = 1 comprimido/día
pirimetamina comprimidos	QL = 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
PYRUKYND COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
PYRUKYND TAPER PAQUETE	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
QINLOCK COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
RADICAVA ORS KIT DE INICIO	QL= 70 ml/365 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN	QL= 50 mL/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
ramelteón comprimidos	QL = 1 comprimido/día
REGRANEX GEL	QL = 30 g/reposición
RELENZA DISCO INHALADOR	QL = 1 inhalador/reposición
REPATHA INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
RETEVMO CÁPSULAS	QL = 4 cápsulas/día
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG	QL = 4 cápsulas/día
RETEVMO COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG	QL = 3 comprimidos/día
REVLIMID CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416; restringido a especialistas en Oncología o Hematología
REXULTI COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
REZLIDHIA CÁPSULAS	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
REZUROCK COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
RINVOQ ER COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL	QL= 12 ml/día
rizatriptán ODT	QL = 12 comprimido/reposiciones, 3 reposiciones/60 días

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
rizatriptan comprimidos	QL = 12 comprimido/reposiciones, 3 reposiciones/60 días
ROZLYTREK CÁPSULAS	QL = 3 cápsulas/día
ROZLYTREK PAQUETES	QL= 6 paquetes/día
RUBRACA COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día, únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874
RYBELSUS COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
RYDAPT CÁPSULAS	QL = 56 cápsulas/28 días
sacubitril-valsartan tab	QL= 2 iny./28 días
SANCUSO PARCHES	QL = 4 parches/reposiciones
SANTYL OINT	QL = 90 g/30 días
SAVELLA COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
SCEMBLIX COMPRIMIDOS	QL = 2 cápsulas/día, únicamente disponible a través de Onco360 877-662-66333 o Biologics 800-850-4306
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG	QL = 4 cápsulas/día, únicamente disponible a través de Onco360 877-662-66333 o Biologics 800-850-4306
SIGNIFOR INY	QL= 2 vías/día, únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007
SIMLANDI INY (adalimumab-ryvk)	QL= 2 iny./28 días
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk)	QL= 2 iny./28 días
SIMPONI AUTO-INJECTOR 100MG	QL= 1 iny./28 días
SIMPONI INJ 100MG	QL= 1 iny./28 días
SIRTURO COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día, restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas
SIVEXTRO COMPRIMIDOS	QL = 6 comprimidos/reposición, restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas
SKYCLARYS CÁPSULAS	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
SKYRIZI INY 150MG/ML	QL= 1 iny./84 días
SKYRIZI INY 180 MG/1.2ML	QL= 1 iny./56 días
SKYRIZI INY 360MG/2.4ML	QL= 1 iny./56 días
SODIO OXIBATO SOLUCIÓN	QL = 540ml/30 días, únicamente disponible a través de Xyrem Certified Pharmacy 1-866-997-368
sodio/magnesio/potasio solución	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de un medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario
SOFOSBUVIRA/ELPATASVIR COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimidos/día
SOLQUA INY	QL= 15ml/25 días
SOLOSEC PAQUETE GRANULADO	QL= 1 paquete/reposición
SOLU-CORTEF INY	QL=1 vía/reposición
SOLU-CORTEF INY 100MG	QL=2 viales/reposición
SPIKEVAX INY	QL=1 dosis/24 días
SPINOSAD SUSPENSIÓN	QL=1 dosis/24 días
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 1.25 MCG/ACTUACIÓN	QL= 1 inhalador/30 días; la terapia escalonada requiere una prueba de ADVAIR (FLUTICASONA/SALMETEROL), BREO (FLUTICASONA/VILANTEROL), DULERA (MOMETASONA/FORMOTEROL) o SYMBICORT (BUDESONIDA/FORMOTEROL)
STIVARGA COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día
STRIVERDI RESPIMAT INHALADOR	QL= 1 inhalador/30 días,
SUFLAVE SOLUCIÓN	QL=2 reposiciones/ año calendario

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
SUMATRIPTÁN INYECTABLE	QL= 4 inyecciones/reposición, 2 reposiciones/30 días
SUMATRIPTÁN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML	QL = 4 inyecciones/reposición, 2 reposiciones/30 días
sumatriptán spray nasal	QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
sumatriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
sumatriptán ampolla inyectable	QL = 5 inyecciones/reposición, 2 reposiciones/30 días
sunitinib malato cápsulas	QL = 1 cápsula/día
SUNOSI COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
SYMDEKO COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
SYNJARDY COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
SYNJARDY COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG	QL = 2 comprimidos/día
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG	QL = 4 comprimidos/día
TABRECTA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de doxazosina comprimidos, prazosina cápsulas, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas, finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodosina cápsulas o tamsulosina cápsulas
tadalafil comprimidos 2.5 mg, 5 mg	QL = 4 cápsulas/día
TAFINLAR CÁPSULAS	QL= 1 vial/día
tafluprost solución oftálmica libre de conservantes (pf)	QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
TAKHZYRO INYECTABLE TAVU7YDA IM 1 1RHh4n/MI	QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
TALTZ INYECTABLE	QL = 1 inyección/28 días
TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML	QL = 1 inyección/28 días
TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML	QL = 1 inyección/28 días
TALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG	QL = 3 cápsulas/día
TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	QL = 1 cápsula/día
tavaborol solución	QL= 10 ml/30 días; la terapia escalonada requiere prueba de solución para uñas de ciclopirox y terbinafina comprimidos
TAVNEOS CÁPSULAS	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx 855-726-8479
TAZVERIK COMPRIMIDOS	QL = 8 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633
TEMPO SMART BUTTON	QL= 1 botón/8 meses
TESTOSTERONA ENANTATO INYECTABLE 200 MG/ML	QL = 5 ml/reposición
TESTOSTERONA GEL 1 % 25 MG	QL = 1 paquete/día
testosterona gel 1 % 50 mg	QL = 2 paquetes/día
testosterona gel 1 % bomba	QL = 4 frascos/30 días
testosterona gel 1.62 % 1.25 mg	QL = 1 paquete/día
testosterona gel 1.62 % 2.5 mg	QL = 2 paquetes/día
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 GM	QL = 1 paquete/día
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1%	QL = 4 frascos/30 días
testosterona gel con bomba 1.62%	QL = 2 frascos/30 días
testosterona solución	QL = 2 frascos/30 días

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
TEZSPIRE COMPRIMIDOS	QL = 1 pluma/28 días
TIBSOVO TAB	QL= 2 comprimidos/ días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306
tolvaptán comprimidos paquete de terapia	QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
TRADJENTA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
travoprost solución oftálmica	QL= 2.5 ml/30 días
triamcinolona OTC spray nasal	QL = 2 frascos/reposición
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	QL = 1 comprimido/día
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG	QL = 2 comprimidos/día
TRIKAFTA COMPRIMIDOS	QL= 84 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA	QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
TRINTELLIX COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
TRULANCE COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
TRULICITY INYECTABLE	QL= 4 plumas/28 días
TRUQAP COMPRIMIDOS	QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA	QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
TUKYSA COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
TURALIO CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
TYNNE INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML	QL = 1 ampolla/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
UPTRAVI COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VALCHLOR GEL	QL = 4 pomos/30 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VALTOCO SPRAY NASAL	QL= 5 dosis/reposición
vancomicina cápsulas	QL = 56 cápsulas/reposición
VANFLYTA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
VARENICLINA COMPRIMIDOS	Limitado a 180 días/año del plan
vareniclina tartrato comprimidos	Limitado a 180 días/año del plan
vareniclina tartarato comprimidos paquete de inicio	Limitado a 180 días/año del plan
VARUBI COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en oncología o hematología
VASCEPA CÁPSULAS	QL = 4 cápsulas/día
VELTASSA POLVO	QL = 1 paquete/día
VELTASSA POLVO 1 GM	QL = 4 paquetes/día
VENTOLIN HFA INHALADOR	QL= 2 inhaladores/30 días;
VEOZAH COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
VERQUVO COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimidos/día; restringido a especialistas en Cardiología

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadoros como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier
Ultima actualizacion* 9/11/2025
Terapia escalonada (ST)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
VERZENIO COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
V-GO KIT INYECTABLE	QL= 1 kit/día
VICTOZA INYECTABLE	QL = 9 ml/30 días
VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS	QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
VIJOICE COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG	QL = 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG	QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VITRAKVI SOLUCIÓN	QL= 10 ml/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VONJO CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
VOWST CÁPSULAS	QL= 12 cápsulas/reposición; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575
VOXZOGO INYECTABLE	QL = 1 vial/día; únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376
VYNDAMAX CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416
VYNUAQILCAP	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416
WAKIX COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
WELIREG COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
XADAGO COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
XALKORI CÁPSULAS	QL = 2 cápsulas/día
XALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES	QL = 4 cápsulas/día
XELJANZ SOLUCIÓN	QL= 10 ml/día
XELJANZ COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
XELJANZ XR COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
XENLETA COMPRIMIDOS	QL= 14 comprimidos/180 días; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas
XIFAXAN COMPRIMIDOS 200 MG	QL = 9 comprimidos/3 días
XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 MG	QL = 60 comprimidos/30 días
XIGDUO XR COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG	QL = 1 comprimido/día
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 2.5-1000 mg, 5-1000 mg	QL = 2 comprimidos/día
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 mg, 10-500 mg, 10-1000 mg	QL = 1 comprimido/día
XOFLUZA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/nil
XOSPATA COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologies 800-850-4306
XPHOZAH COMPRIMIDOS	QL = 2 comprimidos/día
XPOVIO PAK	QL = 32 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633
XTAMPZA ER CÁPSULAS	QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
XULTOPHY INYECTABLE	QL = 15 ml/30 días
zaleplón cápsulas	QL = 1 cápsula/día

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Premier, cont.
Última actualización* 9/11/2025
Límite de cantidad (QL)

- Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
ZAVZPRET SPRAY NASAL	QL= 6 unidades/reposición; 60 unidades/365 días
ZEJULA CÁPSULAS	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
ZEJULA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
ZELBORAF COMPRIMIDOS	QL = 8 comprimidos/día
ZEPOSIA CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/día
ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO	QL = 1 cápsula/día
ZETONNA SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL= 1 vial/día
zolmitriptán spray nasal	QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
zolmitriptán ODT	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
ZOLMITRIPTAN SPRAY	QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
ZOLMITRIPTAN SPRAY, ZOMIG SPRAY	QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
zolmitriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
zolpidem ER comprimidos	QL = 1 comprimido/día
zolpidem comprimidos	QL = 1 comprimido/día
ZOMIG SPRAY	QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
ZORYVE CREMA	QL= 60 gramos/30 días
ZTALMY SUSPENSIÓN	QL= 1100 ml/30 días; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575
ZYBAN COMPRIMIDOS	Limitado a 180 días/año del plan
ZYKADIA CÁPSULAS	QL = 3 cápsulas/día
ZYKADIA COMPRIMIDOS	QL = 3 comprimidos/día
ZYLET SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	QL = 5 ml/reposición (el frasco de 10 ml no está cubierto)

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.