

Lista de medicamentos Seleccionados

Plan de medicamentos de cuatro niveles

Tu beneficio para medicamentos recetados viene con una lista de medicamentos también conocida como formulario. Esta lista contiene medicamentos recetados de marca y genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. Estamos a tu disposición. Si eres un miembro actual de Anthem y tienes preguntas sobre tus beneficios de farmacia, podemos ayudarte. Solo tienes que llamar al número de Servicios para Miembros que figura en tu tarjeta de identificación.

Los nombres de los productos que aparecen en este formulario se indican debajo.

HMO Saver	PPO Share 2500
Individual PPO	PPO Share 3500
PPO Share 1000	PPO Share 500
PPO Share 1000 (Kirchner)	PPO Share 7500
PPO Share 1500	

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio anthem.com/ca y elija "Prescription Benefits" (Beneficios de medicamentos recetados). Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.
- Los miembros actuales de Anthem tienen a disposición herramientas y recursos adicionales para ver la lista de medicamentos más actualizada del plan, así como los medicamentos que se agregaron, los genéricos y más, al iniciar sesión en anthem.com/ca.
- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas normas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. ¿Ya eres miembro? Puedes ver tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan si inicias sesión en anthem.com y accedes a **My Plan ->Benefits-> Plan Documents (Mi plan ->Beneficios-> Documentos del plan)**.
- Tú y tu médico pueden usar esta lista como guía para elegir los medicamentos adecuados para ti. Es posible que tu plan no cubra los medicamentos que no están en esta lista y pueden costarte más como gasto de bolsillo. Para ayudarte a comprender cómo funciona la lista con tu beneficio para medicamentos, hemos incluido algunas preguntas frecuentes (FAQ) en este documento sobre cómo se organiza la lista y qué hacer si un medicamento no se encuentra en ella.

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION	3
ADJUVANTES QUÍMICOS O FARMACÉUTICOS	10
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS	10
AGENTES ANTI-INFECCIOSOS - DRUGS FOR INFECTIONS	10
AGENTES DE DIAGNÓSTICO	17
AGENTES DE TERAPIA CARDIOVASCULAR - DRUGS FOR THE HEART	17
AGENTES DE TERAPIA GASTROINTESTINAL - DRUGS FOR THE STOMACH	24
AGENTES DE TERAPIA RESPIRATORIA - DRUGS FOR THE LUNGS	27
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	31
AGENTES HEMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE BLOOD	38
AGENTES INMUNOSUPRESORES - DRUGS FOR ORGAN TRANSPLANTS	39
AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE	40
ANALGÉSICO, ANTINFLAMATORIO O ANTIPIRÉTICO - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	42
ANTICONCEPTIVOS - DRUGS FOR WOMEN	47
ANTÍDOTOS Y OTROS AGENTES DE REVERSIÓN - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	53
ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER	53
BIOLÓGICOS - BIOLOGICAL AGENTS	57
DEPENDENCIA QUÍMICA, AGENTES PARA TRATAMIENTO - DRUGS FOR ADDICTION	60
DERMATOLÓGICO - DRUGS FOR THE SKIN	61
DISPOSITIVOS CON Y SIN AGUJAS, JERINGAS Y ACCESORIOS	69
DISPOSITIVOS CON Y SIN AGUJAS, JERINGAS Y ACCESORIOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	67
ENDOCRINO - HORMONES	71
EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO, PRODUCTOS NUTRICIONALES - DRUGS FOR NUTRITION	77
ESCLEROSIS MÚLTIPLE - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	81
INSUMOS Y PREPARADOS DENTALES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	81
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	82
MODIFICADORES METABÓLICOS - DRUGS THAT ALTER METABOLISM	82
ÓTICO - DRUGS FOR THE EAR	83
PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN	83
SISTEMA LOCOMOTOR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	83
TERAPIA DE LA GOTA Y LA HIPERURICEMIA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	84
TERAPIA DEL TRASTORNO COGNITIVO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	84
TERAPIA GENITOURINARIA - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	84

Lista de medicamentos Seleccionados: sección informativa

Definiciones

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

“**Medicamento de MARCA**” indica que el medicamento se comercializa con un nombre protegido con una marca registrada de un propietario. Los medicamentos de MARCA de este formulario están escritos en MAYÚSCULAS.

“**Coseguro**” es el porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que un inscrito debe pagar luego de que haya pagado el deducible, en el caso de que el beneficio tenga un deducible, tal como el beneficio de medicamentos recetados.

“**Copago**” es el monto fijo en dólares que un inscrito debe pagar por un beneficio de cuidado de la salud cubierto luego de que haya pagado el deducible, en el caso de que el beneficio tenga un deducible, tal como el beneficio de medicamentos recetados.

“**Deducible**” es el monto que un inscrito debe pagar por los beneficios de cuidado de la salud antes de que el plan de salud del inscrito comience a pagar la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud según los términos de la póliza.

“**Optimización de la dosis (DO)**” significa optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que el inscrito deba pasar de tomar un medicamento dos veces al día a tomar una dosis más alta una vez al día.

“**Niveles de los medicamentos**” hace referencia a un grupo de medicamentos recetados que pertenecen a un nivel de costo compartido especificado en la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud. El nivel en el que se encuentra un medicamento recetado determina la parte del costo que el inscrito deberá pagar por el medicamento.

“**Inscrito**” es una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan. Todas las referencias a los inscritos en este formulario también incluyen a los suscriptores, tal como se define en la siguiente sección.

“**Solicitud de excepción**” hace referencia a una solicitud para la cobertura de un medicamento recetado. Si un inscrito, su representante designado o su proveedor de cuidado de la salud presenta una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento recetado, el plan de salud debe cubrir el medicamento recetado en los casos en que se determina que este es necesario por motivos médicos para tratar la afección del inscrito.

“**Circunstancia apremiante**” significa que el inscrito tiene una afección que puede ser potencialmente mortal o perjudicar su salud o su capacidad para recuperar la capacidad funcional máxima, o que está realizando un tratamiento con un medicamento que no figura en el formulario.

“**Formulario**” o “**lista de medicamentos recetados**” hacen referencia a la lista completa de medicamentos preferidos de uso y que son elegibles para recibir cobertura en función del plan de salud, e incluyen todos los medicamentos cubiertos según el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del plan de salud. El formulario también se conoce como “lista de medicamentos recetados”.

“**Medicamento genérico**” hace referencia a un medicamento que es el mismo que su equivalente de MARCA en dosis, seguridad, concentración, forma en que se toma, calidad, eficacia y uso previsto. Los medicamentos genéricos están escritos en letra **negrita**, *cursiva* y minúscula.

“**Distribución limitada (LD)**” significa distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles únicamente en determinadas farmacias o mediante mayoristas, según lo que decida el fabricante.

“**Necesario por motivos médicos**” implica beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección o sus síntomas, y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina. El seguro médico no suele cubrir beneficios de cuidado de la salud que no son necesarios por motivos médicos.

“**Medicamento que no figura en el formulario**” es un medicamento recetado que no figura en el formulario del plan de salud.

“Quimioterapia por vía oral (OC)”. Independientemente de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$200) por una receta individual de un suministro para hasta 30 días de un medicamento recetado contra el cáncer administrado por vía oral y cubierto por la póliza.

“Gastos de bolsillo” es la suma de los copagos, coseguros y deducibles correspondientes, además de todos los costos por servicios de cuidado de la salud que no están cubiertos por el plan de salud.

“Proveedor prescriptor” es un proveedor de cuidado de la salud autorizado a emitir una receta para tratar una afección para un inscrito en el plan de salud.

“Receta” hace referencia a una solicitud verbal, escrita o electrónica emitida por un proveedor prescriptor para un inscrito específico que incluye el nombre del medicamento recetado, la cantidad de medicamento, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor prescriptor, la firma del proveedor prescriptor (si la receta es escrita) y, si lo solicita el inscrito, la afección o el motivo por el cual se receta ese medicamento en particular.

“Medicamento recetado” es un medicamento recetado por el proveedor prescriptor del inscrito y que requiere una receta según las leyes correspondientes.

“Autorización previa (PA)” es un requisito del plan de salud que exige que el inscrito o el proveedor prescriptor del inscrito obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento recetado antes de que el plan de salud cubra el medicamento. El plan de salud debe otorgar una autorización previa cuando sea necesario por motivos médicos que el inscrito obtenga el medicamento.

“Límite de cantidad (QL)” es una restricción de la cantidad de dosis de un medicamento recetado cubierto por el seguro médico durante un periodo de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.

“Medicamento especializado (SP)” es un medicamento especializado. Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones complejas y crónicas. Es posible que estos medicamentos se deban obtener en una farmacia de medicamentos especializados.

“Terapia escalonada (ST)” es un proceso que especifica la secuencia en la cual se recetan distintos medicamentos para una determinada afección y adecuados desde un punto de vista médico para un paciente en particular. Según el plan de salud, es posible que el inscrito deba probar con uno o más medicamentos para tratar su afección antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección conforme a la solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor prescriptor del inscrito presenta una solicitud de excepción a la terapia escalonada, el plan de salud deberá conceder dichas excepciones cuando se cumplan los criterios.

“Suscriptor” hace referencia a la persona que es responsable de pagarle a un plan o cuyo empleo u otro estado (excepto por la dependencia familiar) es la base de la elegibilidad de la membresía en el plan.

Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos como beneficios?

Esta es una lista completa de todos los medicamentos de la lista de medicamentos. Pero es posible que haya algún medicamento en esta lista que no esté cubierto, depende de las normas de tu plan.

Tu beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarte como parte de una consulta médica, una visita de cuidado en el hogar o en un centro de cuidados ambulatorios cuando se trata de servicios cubiertos. Los beneficios que recibes en el consultorio de tu proveedor suelen estar cubiertos como beneficio médico. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos sanguíneos, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba administrar un proveedor.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

- (A) Puedes encontrar un medicamento recetado buscando la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece el medicamento, o bien el nombre de MARCA o **genérico** en el índice ordenado alfabéticamente.
- (B) Si el equivalente genérico de un medicamento de MARCA no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no se indicará aparte con el nombre **genérico**.

Puedes buscar en la lista de medicamentos del PDF por:

- Nombre del medicamento, con Ctrl+F en el teclado; luego escribe el nombre del medicamento que estás buscando.
- Clase del medicamento, con las categorías ordenadas alfabéticamente.

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?

- Los medicamentos están ordenados alfabéticamente por nombre de MARCA y nombre **genérico** en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece.
- El nombre **genérico** de un medicamento de MARCA se encuentra al lado del nombre de MARCA entre paréntesis y en **negrita, cursiva y minúsculas**.

PSEUDOBULBAR AFFECT (PBA) AGENTS, NMDA ANTAGONISTS TYPE - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (<i>dextromethorphan</i>)

- Si el equivalente **genérico** de un medicamento de MARCA está disponible y también cubierto, el medicamento **genérico** se indicará aparte del medicamento de MARCA en **negrita, cursiva y minúsculas**.

AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS
<i>amoxicillin oral capsule</i>

- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre de MARCA protegido con una marca registrada de un propietario, el nombre de MARCA se indicará después del nombre **genérico** entre paréntesis y en tipografía normal, con la primera letra de cada palabra en mayúsculas.

<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia 28 Oral Tablet)</i>

En la sección "Requisitos y límites de la cobertura", se indica si deben concederte una aprobación previa antes de que puedas obtener el medicamento (llamada "autorización previa" o PA) o si antes debes probar otros medicamentos para tu tratamiento (llamada "terapia escalonada" o ST).

Nota: La presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que tu médico te recetará ese medicamento para una afección particular.

¿Cuáles son mis opciones para obtener mis medicamentos recetados?

Hay muchas formas y lugares para obtener tus medicamentos recetados, como las farmacias de tu localidad de tu plan, la conveniente entrega a domicilio o las farmacias de medicamentos especializados. La mayoría de los planes ofrecen nuestro programa de entrega a domicilio sin costo adicional.

Para obtener más información, los miembros actuales de Anthem pueden iniciar sesión en anthem.com/ca y seleccionar la opción "Prescription Benefits" (Beneficios de medicamentos recetados) o llamar al 833-203-1739. Para conocer más detalles sobre tu cobertura, puedes llamar al número de teléfono que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista?

Sabemos que solo tú y tu médico saben lo que es mejor para ti. Si quieres tomar un medicamento que no está en la lista, es posible que debas pagar el costo total del medicamento. También puedes hablar con tu médico o farmacéutico para ver si hay algún otro medicamento que cubra tu plan que sea igual de efectivo, o si los medicamentos genéricos o de venta libre (OTC) son una opción. Solo tú y tu médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para ti.

Si estás tomando un medicamento que no está cubierto, tu médico puede pedirnos que revisemos la cobertura. Este proceso se denomina "aprobación previa" o "autorización previa".

Tu médico puede comenzar el proceso completando una autorización previa digital, llamando al número de Servicios para Miembros que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro o al descargar un formulario de autorización previa desde nuestro sitio web y enviarlo. Si tu solicitud se aprueba, el monto que deberás pagar por el medicamento dependerá del beneficio de tu plan.

Tu médico tiene distintas opciones para comenzar el proceso de autorización previa (PA):

1. Envía una solicitud de PA digital en <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicia sesión en anthem.com/ca y selecciona **Pharmacy (Farmacia)**.
 - Ve a **Pharmacy Resources (Recursos de farmacia)** y **Search Your Drug List (Consultar la lista de medicamentos)** para buscar tu medicamento.
 - Selecciona la concentración y composición correcta del medicamento.
 - Desplázate hacia **Definition of Restrictions (Definición de restricciones)** y busca el formulario para fax en la tabla.
 - Tu médico debe [completar y enviarnos el formulario por fax](#) al 844-474-3347.
3. Llama a Servicios para Miembros al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?

Los medicamentos de la lista son revisados por medio de nuestro proceso de Farmacia y servicios terapéuticos (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de cuidado de la salud independientes deciden qué medicamentos incluimos en nuestras listas. Este grupo se reúne a menudo para revisar nuestros medicamentos nuevos y existentes, y recomiendan medicamentos en función de qué tan seguros y efectivos son y del valor que ofrecen a nuestros miembros.

¿Qué es un medicamento especializado y cómo lo consigo?

Si estás tomando un medicamento que se considera medicamento especializado, es posible que debas ir a una farmacia de medicamentos especializados para que esté cubierto. Los medicamentos especializados vienen en muchas formas, como comprimidos, líquidos, inyecciones, infusiones e inhaladores, y pueden necesitar manipulación y almacenamiento especiales. Por lo general, los beneficios de medicamentos especializados que son autoadministrados están cubiertos como beneficio de farmacia. Los beneficios de medicamentos especializados que recibes en el consultorio de tu proveedor suelen estar cubiertos como beneficio médico. Si acudes a farmacias que no están en la red, es posible que el medicamento no esté cubierto y que tengas que pagar el costo total. Para conocer más detalles sobre tu cobertura, puedes llamar al número de teléfono que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.

¿La lista de medicamentos se modifica? Si es así, ¿cómo lo sabré?

Los medicamentos de nuestra lista se revisan y actualizan una vez al mes. En ocasiones, se agregan o se eliminan medicamentos, cambian los niveles o se actualizan los requisitos. Normalmente, los cambios comenzarán a regir el primer día del mes. Pero no te preocupes; te avisaremos si un medicamento que estás tomando se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que tomas pasa a un nivel más alto.

Siempre puedes consultar la lista de medicamentos para asegurarte de que los que estás tomando siguen estando. Para ver la lista de medicamentos más actualizada, inicia sesión en anthem.com/ca.

¿Qué tipos de medicamentos puedo encontrar en el formulario?

Cubrimos medicamentos de cuidado preventivo aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sin costo compartido y en conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las regulaciones estatales de California. Es posible que tu médico deba hacer una receta para que estos servicios de prevención estén cubiertos por tu plan, aunque figuren como medicamentos de venta libre. La disponibilidad o cobertura de estos medicamentos sin costo compartido pueden estar sujetas al criterio establecido por el plan de salud.

Cubrimos equipos y suministros aprobados por la FDA para el tratamiento y el control de la diabetes insulino dependiente, la diabetes no insulino dependiente y la diabetes gestacional, según sea necesario por motivos médicos. Los medicamentos incluyen insulina, bombas de insulina e hipoglucemiantes orales. Los suministros y equipos cubiertos se limitan a medidores de glucosa, tiras reactivas, jeringas y lancetas. Los beneficios cubiertos también incluyen autocontrol ambulatorio y servicios educativos para tratar la diabetes si los servicios se prestan mediante un programa autorizado por el Proyecto de control de la diabetes del Estado dentro del Departamento de Salud.

¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?

Categorizamos los medicamentos en diferentes niveles según qué tan efectivos son para mejorar la salud, si hay opciones de venta libre (OTC) y los costos, en comparación con otros medicamentos usados para el mismo tipo de tratamiento. Mientras más bajo es el nivel, menor es tu parte del costo. A continuación hay un resumen de los niveles de tu plan:

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el costo compartido más bajo. Por lo general, son medicamentos **genéricos** que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen un costo compartido más alto que los del Nivel 1. Pueden ser medicamentos de MARCA preferidos, en función de qué tan efectivos son y del costo, en comparación con otros medicamentos usados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos **genéricos** que pueden costar más porque son nuevos en el mercado.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos **genéricos** y de MARCA que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección. El Nivel 3 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA.
- Los medicamentos del Nivel 4 tienen el costo compartido más alto y, por lo general, incluyen medicamentos **genéricos** y medicamentos de MARCA especializados. Estos pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. Además, el Nivel 4 puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados que se usan para tratar afecciones graves y crónicas, y que pueden requerir una manipulación especial.

¿Cómo sabré el precio de mi medicamento?

Los miembros actuales de Anthem pueden acceder en línea y, con la herramienta de precios de medicamentos (Price a Medication Tool), conocer los precios específicos de varias farmacias minoristas de su localidad con el código postal.

Nota: Para los medicamentos de quimioterapia por vía oral: independientemente de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$200) por una receta individual de un suministro para hasta 30 días de un medicamento recetado contra el cáncer administrado por vía oral y cubierto por la póliza.

¿Cómo promueve Anthem la seguridad?

Cuando vas a una farmacia, el farmacéutico recibirá un mensaje electrónico de Anthem si un medicamento necesita autorización previa, terapia escalonada o si la cantidad que puede proporcionarse es limitada. Te mostramos de cerca todos los programas que ofrecemos para asegurarnos de que recibas el cuidado que necesitas y, a la vez, de protegerte.¹

Los programas de edición clínica son los siguientes:

- Autorización previa, la cual requiere que obtengas la aprobación antes de tomar un medicamento. Esto permite asegurarnos de que un medicamento se use adecuadamente y enfocarnos en los medicamentos que pueden tener lo siguiente:
 - Riesgo de provocar efectos secundarios
 - Riesgo de provocar efectos perjudiciales al tomarlos con otros medicamentos

- Probabilidad de uso incorrecto o abuso
- Normas para usarlo con determinadas condiciones
- Terapia escalonada, la cual requiere que primero se prueben otros medicamentos. Apunta a determinar si un medicamento es adecuado para una afección en particular.
- Optimización de la dosis, la cual implica pasar de tomar una dosis dos veces al día a una vez al día, según sea necesario por motivos médicos. Tomar menos dosis puede disminuir los costos; tomar una única dosis alta de un medicamento una vez al día puede costar menos que tomar una dosis baja dos veces al día.
- Los límites de cantidad imponen un límite en la cantidad indicada en una receta y con qué frecuencia puede reponerse el medicamento.
 - Si una solicitud de reposición se envía demasiado pronto, o el médico receta una cantidad superior a la permitida, el medicamento no tendrá cobertura en ese momento.
 - Si hay motivos médicos para recetar el medicamento con las dosis indicadas originalmente, el médico puede pedir una revisión por parte de nuestro Centro de Autorización Previa.

Además, si estás tomando un medicamento que se considera medicamento especializado, es posible que debas ir a una farmacia de medicamentos especializados para que el medicamento tenga cobertura.

¿Cómo puede mi médico comenzar el proceso de autorización previa?

Si tu medicamento está en nuestro formulario, pero requiere una autorización previa (PA) o terapia escalonada, tu médico tiene las siguientes opciones para comenzar el proceso de PA:

1. Envía una solicitud de PA digital en <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicia sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y selecciona Pharmacy (Farmacia).
 - Ve a Pharmacy Resources (Recursos de farmacia) y Search Your Drug List (Consultar la lista de medicamentos) para buscar tu medicamento.
 - Selecciona la concentración y composición correcta del medicamento.
 - Desplázate hacia Definition of Restrictions (Definición de restricciones) y busca el formulario para fax en la tabla.
 - Tu médico debe completar el formulario y enviarlo por fax a Anthem al 844-474-3347.
3. Llama a Servicios para Miembros al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

La terapia escalonada implica probar otros fármacos antes de que determinados medicamentos tengan cobertura. La farmacia te avisará si la terapia escalonada es necesaria y, de ser así, primero debes probar el medicamento o tratamiento que se indica en el programa. Si el medicamento o tratamiento no sirve para tratar bien la afección, el médico puede comunicarse con nuestro Centro de Autorización Previa para pedir que aprobemos el medicamento original.¹

Otros datos sobre el proceso de excepción:

- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa completa o de excepción a la terapia escalonada en el transcurso de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente y en el transcurso de las 24 horas de haber recibido una solicitud sobre la base de circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podremos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.
- No te preocupes; si has cambiado de póliza, no te pediremos que repitas una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya está en uso para tratar una afección, siempre y cuando el medicamento se siga recetando correctamente y se considere seguro y eficaz.

Nota sobre los opioides: Es posible que el costo compartido del miembro para determinados opioides que disuaden el consumo inadecuado sea menor en algunos estados debido a las leyes de dichos estados. Los opioides son un tipo de analgésico. En respuesta a la epidemia mundial de opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. ha alentado a los fabricantes de medicamentos a elaborar opioides con propiedades que ayuden a disuadir su uso indebido y abuso.

Los medicamentos pueden estar excluidos de la lista según las normas de los beneficios de tu plan.

¹ Si el Centro de Autorización Previa concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas donde se explica el proceso de apelaciones y/o de quejas.

NOMENCLATURA

A continuación hay algunos términos y notas que encontrarás en la lista de medicamentos.

Los medicamentos de **MARCA** están en **MAYÚSCULAS** y en tipografía normal.

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

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

DO: optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que el inscrito deba pasar de tomar un medicamento dos veces al día a tomar una dosis más alta una vez al día.

LD: distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles únicamente en determinadas farmacias o mediante mayoristas, según lo que decida el fabricante.

OC: quimioterapia por vía oral. Después del deducible, estos medicamentos no excederán los \$200 por receta individual de un suministro para hasta 30 días.

PA: autorización previa. Es posible que debas obtener la aprobación de beneficios antes de poder reponer determinados medicamentos recetados.

QL: límites de cantidad. Se aplican límites a la cantidad de medicamentos cubiertos en un determinado periodo de tiempo.

SP: medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones complejas y crónicas. Es posible que estos medicamentos se deban obtener en una farmacia de medicamentos especializados.

ST: terapia escalonada. Es posible que primero debas tomar otro medicamento recomendado antes de que un medicamento recetado esté cubierto.

Nivel 1: los medicamentos del Nivel 1 tienen el costo compartido más bajo. Por lo general, son medicamentos *genéricos* que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

Nivel 2: los medicamentos del Nivel 2 tienen un costo compartido más alto que los del Nivel 1. Pueden ser medicamentos de **MARCA** preferidos, en función de qué tan efectivos son y del costo, en comparación con otros medicamentos usados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos *genéricos* que pueden costar más porque son nuevos en el mercado.

Nivel 3: los medicamentos del Nivel 3 tienen un costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos *genéricos* y de **MARCA** que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección.

Nivel 4: los medicamentos del Nivel 4 tienen el costo compartido más alto y, por lo general, incluyen medicamentos *genéricos* y medicamentos de **MARCA** especializados. Estos pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección.

Lista de medicamentos selectos de California 2019

CURRENT AS OF 10/10/2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ADJUVANTES QUÍMICOS O FARMACÉUTICOS		
ADJUVANTE FARMACÉUTICO		
SHINGRIX ADJUVANT COMPONENT-PF INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>vaccine adjuvant system, as01b liposomal</i>)	Nivel 2; \$0	
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS		
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS		
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator)	Nivel 1	
PREPARADOS HEMORROIDALES - RECTAL PREPARATIONS		
<i>hydrocortisone-pramoxine rectal cream</i>	Nivel 1	
AGENTES ANTI-INFECCIOSOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AGENTES ANTIBACTERIALES, OTROS - ANTIBIOTICS		
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	Nivel 1	
AGENTES ANTIBACTERIANOS ANTIPROTOZOARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>metronidazole oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES ANTILEPROSOS, DAPSONA - ANTIBIOTICS		
DAPSONE ORAL TABLET	Nivel 2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS - ANTIBIOTICS		
CYCLOSERINE ORAL CAPSULE	Nivel 3	
<i>ethambutol oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>isoniazid oral solution</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet</i>	Nivel 1	
PRIFTIN ORAL TABLET (<i>rifapentine</i>)	Nivel 3	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>rifabutin oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>rifampin oral capsule</i>	Nivel 2	
RIFATER ORAL TABLET (<i>rifampin</i>)	Nivel 3	
SIRTURO ORAL TABLET (<i>bedaquiline</i>)	Nivel 3	
AGENTES ANTINFECIOSOS, OTROS - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>methenamine mandelate oral tablet</i>	Nivel 2	
AGENTES ANTIPROTOZOARIOS - DRUGS FOR PARASITES		
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>nitazoxanide</i>)	Nivel 3	
ALINIA ORAL TABLET (<i>nitazoxanide</i>)	Nivel 3	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS B - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>adefovir oral tablet</i>	Nivel 4	SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (<i>entecavir</i>)	Nivel 4	SP
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION (<i>lamivudine</i>)	Nivel 4	SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET (<i>tenofovir</i>)	Nivel 2	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
MAVYRET ORAL TABLET (<i>glecaprevir</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 4	SP; QL (2 pens per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 4	SP; QL (4 vials per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 4	SP; QL (2 syringes per 28 days)
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT (<i>peginterferon alfa-2b</i>)	Nivel 4	SP
<i>ribavirin</i> (Ribasphere Oral Capsule)	Nivel 4	SP
<i>ribasphere oral tablet</i>	Nivel 4	SP
<i>ribavirin</i> (Ribasphere Ribapak Oral Tablets, Dose Pack)	Nivel 4	SP
<i>ribavirin oral capsule</i>	Nivel 4	SP
<i>ribavirin oral tablet</i>	Nivel 4	SP
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	Nivel 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
AMIBICIDAS - DRUGS FOR PARASITES		
<i>paromomycin oral capsule</i>	Nivel 1	
AMINOGLICÓSIDOS - ANTIBIOTICS		
<i>neomycin oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMINOPENICILINAS - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule</i>	Nivel 1	
ANTHELMINTIC AGENTS - MACROCYCLIC LACTONES - DRUGS FOR PARASITES		
<i>ivermectin oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIBIÓTICO SULFONAMIDA - ANTIBIOTICS		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	Nivel 2	
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>flucytosine oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (126 capsules per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nystatin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
ANTIHELMÍNTICOS - DRUGS FOR PARASITES		
<i>ivermectin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>praziquantel oral tablet</i>	Nivel 2	
ANTIVIRALES, ESPECÍFICOS DE VIH - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir oral solution</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>abacavir oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	Nivel 2	
APTIVUS ORAL CAPSULE (<i>tipranavir</i>)	Nivel 2	
APTIVUS ORAL SOLUTION (<i>tipranavir</i>)	Nivel 2	
<i>atazanavir oral capsule</i>	Nivel 2	
BIKTARVY ORAL TABLET (<i>bictegravir</i>)	Nivel 2	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE (<i>indinavir</i>)	Nivel 2	
<i>didanosine oral capsule, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	
EDURANT ORAL TABLET (<i>rilpivirine</i>)	Nivel 2	
<i>efavirenz oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>efavirenz oral tablet</i>	Nivel 2	
EMTRIVA ORAL CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	Nivel 2	
EMTRIVA ORAL SOLUTION (<i>emtricitabine</i>)	Nivel 2	
<i>fosamprenavir oral tablet</i>	Nivel 2	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN (<i>enfuvirtide</i>)	Nivel 2	
GENVOYA ORAL TABLET (<i>elvitegravir</i>)	Nivel 2	
INTELENCE ORAL TABLET (<i>etravirine</i>)	Nivel 2	
INVIRASE ORAL TABLET (<i>saquinavir</i>)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET (<i>raltegravir</i>)	Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE (<i>raltegravir</i>)	Nivel 2	
KALETRA ORAL TABLET (<i>lopinavir</i>)	Nivel 2	
<i>lamivudine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	Nivel 1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION (<i>fosamprenavir</i>)	Nivel 2	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	Nivel 2	
<i>nevirapine oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet</i>	Nivel 1	
NORVIR ORAL CAPSULE (<i>ritonavir</i>)	Nivel 2	
NORVIR ORAL SOLUTION (<i>ritonavir</i>)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL SUSPENSION (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	
PREZISTA ORAL TABLET (<i>darunavir</i>)	Nivel 2	
RESCRIPTOR ORAL TABLET (<i>delavirdine</i>)	Nivel 2	
<i>ritonavir oral tablet</i>	Nivel 2	
SELZENTRY ORAL TABLET (<i>maraviroc</i>)	Nivel 2	
<i>stavudine oral capsule</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elvitegravir</i>)	Nivel 2	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	Nivel 2	
TIVICAY ORAL TABLET (<i>dolutegravir</i>)	Nivel 2	
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir</i>)	Nivel 2	
TRUVADA ORAL TABLET (<i>emtricitabine</i>)	Nivel 2	
VIRACEPT ORAL TABLET (<i>nelfinavir</i>)	Nivel 2	
VIREAD ORAL TABLET (<i>tenofovir</i>)	Nivel 2	
<i>zidovudine oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIVIRALES, GENERALES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>famciclovir oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	Nivel 2	QL (20 capsules per 90 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	Nivel 2	QL (10 capsules per 90 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	Nivel 2	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 2	QL (180 ML per 90 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE (<i>zanamivir</i>)	Nivel 2	QL (1 package per 90 days)
<i>rimantadine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir oral tablet</i>	Nivel 1	
CARBAPENEM, ANTIBIÓTICOS - ANTIBIOTICS		
<i>ertapenem injection recon soln</i>	Nivel 2	
CEFALOSPORINA, ANTIBIÓTICOS - ANTIBIOTICS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 2	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>cefditoren pivoxil oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>cefixime oral capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cefepodoxime oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 2	
<i>cefepodoxime oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet</i>	Nivel 1	
SUPRAX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>cefixime</i>)	Nivel 3	
COMBINACIONES DE PLASMOCIDAS - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET (<i>artemether</i>)	Nivel 3	
INFLUENZA ANTIVIRAL AGENTS - PA ENDONUCLEASE INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
XOFLUZA ORAL TABLET (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 3	
LINCOSAMIDAS - ANTIBIOTICS		
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral recon soln</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin</i> (Clindamycin Pediatric Oral Recon Soln)	Nivel 1	
MACRÓLIDOS - ANTIBIOTICS		
<i>azithromycin oral packet</i>	Nivel 1	QL (2 packets per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 28 days)
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin base</i> (E.E.S. 400 Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet, Delayed Release (Dr/Ec))	Nivel 1	
<i>erythromycin base</i> (Erythrocin (As Stearate) Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin oral capsule, delayed release (drlec)</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENICILINAS - ANTIBIOTICS		
<i>dicloxacillin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	Nivel 1	
PLASMOCIDAS - DRUGS FOR PARASITES		
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	Nivel 1	
DARAPRIM ORAL TABLET (<i>pyrimethamine</i>)	Nivel 3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>mefloquine oral tablet</i>	Nivel 1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET	Nivel 3	
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (60 capsules per 365 days)
QUINOLONAS - ANTIBIOTICS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 30 days)
<i>levofloxacin oral tablet</i>	Nivel 2	QL (14 tablets per 30 days)
<i>ofloxacin oral tablet</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 30 days)
SULFONAMIDAS ABSORBIBLES - ANTIBIOTICS		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sulfatrim oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>trimethoprim oral tablet</i>	Nivel 1	
TETRACICLINA - ANTIBIOTICS		
<i>doxycycline</i> (Avidoxy Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>demeclocycline oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	PA
<i>doxycycline monohydrate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	PA
<i>doxycycline</i> (Morgidox Oral Capsule)	Nivel 1	
<i>doxycycline</i> (Oracea Oral Capsule, Ir - Delay Rel, Biphase)	Nivel 3	
<i>tetracycline oral capsule</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANCOMICINA Y DERIVADOS - ANTIBIOTICS		
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	Nivel 2	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (28 tablets per 30 days)
<i>vancomycin oral capsule</i>	Nivel 2	PA
AGENTES DE DIAGNÓSTICO		
AGENTES DE DIAGNÓSTICO: COMPLEMENTO RADIOLÓGICO GASTROINTESTINAL		
GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT INJECTION RECON SOLN (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	
GLUCAGON HCL INJECTION RECON SOLN (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	
AGENTES DE TERAPIA CARDIOVASCULAR - DRUGS FOR THE HEART		
AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ADEMPAS ORAL TABLET (<i>riociguat</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day)
<i>treprostinil sodium injection solution</i>	Nivel 4	SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION (<i>iloprost</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (9 mL per 1 day)
AGENTES BLOQUEADORES ALFA ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>phenoxybenzamine oral capsule</i>	Nivel 2	QL (12 capsules per 1 day)
<i>prazosin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>terazosin oral capsule</i>	Nivel 1	
AGENTES BLOQUEADORES ALFA/BETA ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>carvedilol oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES BLOQUEADORES BETA ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acebutolol oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>atenolol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral solution</i>	Nivel 1	
<i>propranolol oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sotalol</i> (Sorine Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>sotalol</i> (Sotalol Af Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>sotalol oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>timolol maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES BLOQUEADORES DEL CANAL DE CALCIO - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>verapamil oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
AGENTES BLOQUEADORES DEL CANAL DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem</i> (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 120 Mg, 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem</i> (Cartia Xt Oral Capsule, Extended Release 24Hr 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable 240 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	Nivel 2	QL (2 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem</i> (Dilt-Xr Oral Capsule, Ext. Rel 24H Degradable 120 Mg, 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem</i> (Dilt-Xr Oral Capsule, Ext. Rel 24H Degradable 240 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hr 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nifedipine oral capsule</i>	Nivel 2	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>nifedipine oral tablet extended release 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>nisoldipine oral tablet extended release 24 hr 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem</i> (Taztia Xt Oral Capsule, Extended Release 24 Hr 120 Mg, 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem</i> (Taztia Xt Oral Capsule, Extended Release 24 Hr 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 200 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>verapamil oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES DE TERAPIA ANAFILAXIA - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>epinephrine injection auto-injector</i>	Nivel 1	QL (2 pens per 1 fill)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE (<i>epinephrine</i>)	Nivel 3	QL (2 syringes per 1 fill)
AGENTES DIURÉTICOS, OTROS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	Nivel 1	
AMMONIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ammonium</i>)	Nivel 3	
<i>methazolamide oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>spironolactone oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ALDOSTERONA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>spironolactone oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIARRÍTMICOS - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>dofetilide oral capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>flecainide oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>mexiletine oral capsule</i>	Nivel 2	
MULTAQ ORAL TABLET (<i>dronedarone</i>)	Nivel 3	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	Nivel 2	
<i>propafenone oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sotalol</i> (Sorine Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>sotalol</i> (Sotalol Af Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>sotalol oral tablet</i>	Nivel 2	
ANTIHYPERLIPIDEMIC - OMEGA-3 FATTY ACID TYPE - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amiloride oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
DYRENIUM ORAL CAPSULE (<i>triamterene</i>)	Nivel 3	
<i>triamterene oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet</i>	Nivel 1	
DIURÉTICOS DE ASA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>furosemide oral solution</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>torsemide oral tablet</i>	Nivel 1	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS - DRUGS FOR THE HEART		
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>digoxin oral solution</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet</i>	Nivel 1	
LANOXIN ORAL TABLET (<i>digoxin</i>)	Nivel 3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tadalafil (antihypertensive) oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 tablet per 1 day)
<i>tadalafil oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 25 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIPOTENSIVOS, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-25 mg</i>	Nivel 1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>losartan oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>olmesartan oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>olmesartan oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>olmesartan oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 160 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
HIPOTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA, COMBINACIONES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lisinopril oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>quinapril oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet</i>	Nivel 1	
HIPOTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>guanfacine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa oral tablet</i>	Nivel 1	
HIPOTENSIVOS, VARIOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiazid oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet</i>	Nivel 1	
HIPOTENSIVOS, VASODILATADORES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>hydralazine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet</i>	Nivel 1	
INHIBIDOR DE LA ECA/COMBINACIÓN DEL BLOQUEADOR DEL CANAL DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
LIPOTRÓPICOS - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>atorvastatin oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>atorvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>colesevelam oral powder in packet</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>colesevelam oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 43 mg</i>	Nivel 1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(drlec)</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin oral capsule</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>omega 3-dha-epa-fish oil oral capsule, delayed release(drlec)</i>	Nivel 1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>pravastatin oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1; \$0	
<i>pravastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 2; \$0	DO
<i>rosuvastatin oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>rosuvastatin oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
THIAZIDA Y DIURÉTICOS RELACIONADOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methyclothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
VASODILADORES, CORONARIA - DRUGS FOR ANGINA		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Bid Transdermal Ointment)	Nivel 1	
<i>nitroglycerin oral capsule, extended release</i>	Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol</i>	Nivel 2	
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Time Oral Capsule, Extended Release)	Nivel 1	
VASOPRESOR ADRENÉRGICO - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>midodrine oral tablet</i>	Nivel 2	
AGENTES DE TERAPIA GASTROINTESTINAL - DRUGS FOR THE STOMACH		
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGOS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
CESAMET ORAL CAPSULE (<i>nabilone</i>)	Nivel 3	
<i>prochlorperazine</i> (Compazine Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>meclizine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	Nivel 2	QL (8 mL per 1 day)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	Nivel 2	QL (8 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	Nivel 2	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	Nivel 2	QL (24 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	Nivel 2	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 8 mg</i>	Nivel 2	QL (24 tablets per 30 days)
<i>promethazine</i> (Phenadoz Rectal Suppository)	Nivel 2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository</i>	Nivel 2	
<i>promethazine</i> (Promethegan Rectal Suppository)	Nivel 2	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day</i>	Nivel 2	
<i>trimethobenzamide oral capsule</i>	Nivel 1	
AGENTES DEL SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO (SBS) - DRUGS FOR THE STOMACH		
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG (<i>octreotide</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 20 MG (<i>octreotide</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 kits per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBS) - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
AMITIZA ORAL CAPSULE (<i>lubiprostone</i>)	Nivel 3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBS) - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
AMITIZA ORAL CAPSULE (<i>lubiprostone</i>)	Nivel 3	
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release</i>	Nivel 2	QL (3 capsule per 1 day)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	Nivel 2	
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
ANTIDIARREICOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	Nivel 1	
MOTOFEN ORAL TABLET (<i>difenoxin</i>)	Nivel 3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIESPASMÓDICOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>anaspaz oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 2	
<i>dicyclomine oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral solution</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>methscopolamine oral tablet</i>	Nivel 1	
ENZIMAS PANCREÁTICAS - DRUGS FOR THE STOMACH		
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) (<i>lipase</i>)	Nivel 2	
ESTIMULANTES DE MOTILIDAD INTESTINAL - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 1	
INFLAMACIÓN CRÓNICA, ENFERMEDAD DE COLON, 5 AMINOSALICILATOS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
APRISO ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR (<i>mesalamine</i>)	Nivel 3	QL (4 capsules per 1 day)
<i>balsalazide oral capsule</i>	Nivel 1	QL (9 capsule per 1 day)
<i>mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit</i>	Nivel 2	QL (1 kit per 28 days)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
LAXANTES Y CATÁRTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>lactulose</i> (Enulose Oral Solution)	Nivel 1	
<i>lactulose</i> (Generlac Oral Solution)	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution</i>	Nivel 1	
LAXANTES Y CATÁRTICOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>lactulose</i> (Constulose Oral Solution)	Nivel 1	
<i>polyethylene glycol 3350</i> (Gavilyte-C Oral Recon Soln)	Nivel 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350</i> (Gavilyte-G Oral Recon Soln)	Nivel 1; \$0	
<i>sodium</i> (Gavilyte-N Oral Recon Soln)	Nivel 1; \$0	
<i>lactulose oral solution</i>	Nivel 1	
MOVIPREP ORAL POWDER IN PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 3	
OSMOPREP ORAL TABLET (<i>sodium phosphate</i>)	Nivel 3	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln</i>	Nivel 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>peg-3350 with flavor packs oral recon soln</i>	Nivel 1; \$0	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln</i>	Nivel 1; \$0	
<i>peg-prep oral kit</i>	Nivel 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Nivel 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder in packet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sodium</i> (Trilyte With Flavor Packets Oral Recon Soln)	Nivel 1; \$0	
REDUCTORES DE SECRECIÓN ÁCIDA GÁSTRICA - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>carafate oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>famotidine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec)</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>misoprostol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(drlec)</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ranitidine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>ranitidine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>ranitidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES DE TERAPIA RESPIRATORIA - DRUGS FOR THE LUNGS		
AGENTES BETA ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>metaproterenol oral syrup</i>	Nivel 1	
PROAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>albuterol</i>)	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED (<i>albuterol</i>)	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
PROVENTIL HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>albuterol</i>)	Nivel 3	QL (3 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE (<i>salmeterol</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>albuterol</i>)	Nivel 3	QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>levalbuterol</i>)	Nivel 3	QL (2 inhalers per 30 days)
AGENTES BRONCODILATADORES GENERALES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
DALIRESP ORAL TABLET (<i>roflumilast</i>)	Nivel 3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST (<i>tiotropium</i>)	Nivel 3	QL (1 inhaler per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE (<i>tiotropium</i>)	Nivel 3	QL (1 capsule per 1 day)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization</i>	Nivel 4	SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR - DRUGS FOR THE LUNGS		
OFEV ORAL CAPSULE (<i>nintedanib</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION (<i>aztreonam</i>)	Nivel 4	SP; LD
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 50 MG, 75 MG (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 110 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (120), 220 MCG/ ACTUATION (30), 220 MCG/ ACTUATION (60) (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX TWISTHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 220 MCG/ ACTUATION (14) (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i>	Nivel 2	
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone</i>)	Nivel 2	QL (4 inhalers per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION, 44 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION (<i>fluticasone</i>)	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>montelukast oral granules in packet</i>	Nivel 1	QL (1 packet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>montelukast oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
ANTIISTAMÍNICOS - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid</i>	Nivel 1	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clemastine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>desloratadine oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	Nivel 2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	Nivel 2	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>fexofenadine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levocetirizine oral solution</i>	Nivel 1	
<i>levocetirizine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>nighttime sleep aid (diphen) oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>promethazine</i> (Phenadoz Rectal Suppository)	Nivel 2	
<i>promethazine oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>promethazine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>promethazine rectal suppository</i>	Nivel 2	
<i>promethazine</i> (Promethegan Rectal Suppository)	Nivel 2	
ANTIISTAMÍNICOS NASALES - ALLERGY		
<i>azelastine nasal aerosol, spray</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 28 days)
DYMISTA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL (<i>azelastine</i>)	Nivel 3	QL (1 bottle per 30 days)
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
COMBINACIÓN DE AGENTES BETA ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization</i>	Nivel 2	
COMBINACIONES ANTITUSIVAS NO NARCÓTICAS - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>benzonatate oral capsule</i>	Nivel 1	
COMBINACIONES ANTITUSIVAS NO NARCÓTICAS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE ANTIHISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>phenylephrine</i> (Promethazine Vc Oral Syrup)	Nivel 1	
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	Nivel 1	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS NARCÓTICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml alf,dlf,s/f (otc)</i>	Nivel 1	PA
G TUSSIN AC ORAL LIQUID (<i>codeine</i>)	Nivel 1	PA
<i>guaiaatussin ac oral liquid</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml inner (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml outer (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifen-codeine 200-20 mg/10 ml inner (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifen-codeine 200-20 mg/10 ml outer (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifenesin ac oral liquid</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifenesin-codeine syrup (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifenesin-codeine syrup (otc)</i>	Nivel 1	PA
<i>hydrocodone-chlorpheniramine oral suspension,extended rel 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>promethazine-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	PA
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	PA
TUZISTRA XR ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL 12 HR (<i>codeine</i>)	Nivel 3	PA
<i>virtussin ac oral liquid</i>	Nivel 1	PA
COMBINACIONES DE GLUCOCORTICOIDES Y BETA-ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>fluticasone</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
DULERA INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device</i>	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone</i> (Wixela Inhub Inhalation Blister With Device)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
CORTICOESTEROIDES NASALES - ALLERGY		
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
MUCOLÍTICOS - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>acetylcysteine solution</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NASAL, OTROS - ALLERGY		
TYZINE NASAL DROPS (<i>tetrahydrozoline</i>)	Nivel 3	
XANTINAS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>theophylline</i> (Theochron Oral Tablet Extended Release 12 Hr)	Nivel 1	
<i>theophylline oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral solution</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ANSIOLÍTICOS - DRUGS FOR ANXIETY		
<i>alprazolam oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>buspirone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 1	
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	Nivel 1	
ANTICONVULSIVOS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle</i>	Nivel 2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 2	
<i>carbamazepine</i> (Epilex Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral capsule</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ethosuximide oral solution</i>	Nivel 1	
<i>felbamate oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>felbamate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>gabapentin oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>gabapentin oral solution</i>	Nivel 2	
<i>gabapentin oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>lamotrigine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral solution</i>	Nivel 2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	Nivel 2	
PEGANONE ORAL TABLET (<i>ethotoin</i>)	Nivel 3	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>primidone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>tiagabine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>zonisamide oral capsule</i>	Nivel 2	
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE RECEPTORES ALFA-2 - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 1	
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS E INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN NO SELECCIONADOS RELACIONADOS - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>amitriptyline oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxapine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clomipramine oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>desipramine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>doxepin oral capsule</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>doxepin oral concentrate</i>	Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>maprotiline oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nortriptyline oral solution</i>	Nivel 1	
<i>protriptyline oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>trimipramine oral capsule</i>	Nivel 1	
ANTIPSIÓTICOS, DOPAMINA ATÍPICA Y ANTAGONISTAS DE SEROTONINA - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>aripiprazole oral solution</i>	Nivel 2	
<i>aripiprazole oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>clozapine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 2	
<i>olanzapine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 2	
<i>quetiapine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>risperidone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 2	
<i>ziprasidone hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
ANTIPSIÓTICOS, TÍPICOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>chlorpromazine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>prochlorperazine</i> (Compazine Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>loxapine succinate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>perphenazine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>pimozide oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>thioridazine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>thiothixene oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>trifluoperazine oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BENZODIACEPINAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>alprazolam oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 1	
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate)	Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral solution</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet</i>	Nivel 1	
CANNABIS AND CANNABINOID RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CESAMET ORAL CAPSULE (<i>nabilone</i>)	Nivel 3	
DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD (TDAH)/NARCOLEPSIA - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>atomoxetine oral capsule</i>	Nivel 2	PA
<i>dexmethylphenidate oral capsule,er biphasic 50-50</i>	Nivel 1	PA
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate</i> (Metadate Er Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr</i>	Nivel 1	PA
VYVANSE ORAL CAPSULE (<i>lisdexamfetamine</i>)	Nivel 3	PA
VYVANSE ORAL TABLET,CHEWABLE (<i>lisdexamfetamine</i>)	Nivel 3	PA
<i>dextroamphetamine</i> (Zenedi Oral Tablet)	Nivel 1	PA
DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD (TDAH)/NARCOLEPSIA - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine</i> (Zenedi Oral Tablet)	Nivel 1	PA
ESTIMULANTES DEL SNC - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine</i> (Procentra Oral Solution)	Nivel 1	PA
<i>dextroamphetamine</i> (Zenedi Oral Tablet)	Nivel 1	PA
INHIBIDOR SELECTIVO DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>citalopram oral solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>citalopram oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(drlec)</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 28 days)
<i>fluoxetine oral solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>fluoxetine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1.5 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sertraline oral concentrate</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>sertraline oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sertraline oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE ANTAGONISTAS DE SEROTONINA-2 (SARIS) - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>nefazodone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>trazodone oral tablet</i>	Nivel 1	
INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NOREPINEFRINA (IRND) - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4.5 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 150 mg</i>	Nivel 1; \$0	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 200 mg</i>	Nivel 1	
INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (IRSN) - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLET (<i>milnacipran</i>)	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK (<i>milnacipran</i>)	Nivel 3	QL (1 pack per 365 days)
INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (IRSN) - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i>	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLET (<i>milnacipran</i>)	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA ORAL TABLETS, DOSE PACK (<i>milnacipran</i>)	Nivel 3	QL (1 pack per 365 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>venlafaxine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDORES MAO - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>phenelzine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>tranylcypromine oral tablet</i>	Nivel 1	
MEDICAMENTOS ANTIMANIÁICOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>lithium carbonate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>lithium citrate oral solution</i>	Nivel 1	
MEDICAMENTOS PARA EL PARKINSON, ANTICOLINÉRGICO - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>benztropine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet</i>	Nivel 1	
MEDICAMENTOS PARA EL PARKINSON, OTROS - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	Nivel 2	
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>apomorphine</i>)	Nivel 4	SP; LD; QL (2 mL per 1 day)
<i>bromocriptine oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	Nivel 2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 2	
<i>entacapone oral tablet</i>	Nivel 2	QL (8 tablets per 1 day)
<i>pramipexole oral tablet</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>rasagiline oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>ropinirole oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 2	
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
PREPARADOS PARA LA MIGRAÑA - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol</i>	Nivel 2	QL (8 bottles per 30 days)
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>migergot rectal suppository</i>	Nivel 1	
<i>naratriptan oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	Nivel 2	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	Nivel 2	QL (6 syringes per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	Nivel 2	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	Nivel 2	QL (5 vial per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe</i>	Nivel 2	QL (2 syringes per 30 days)
SEDANTE HIPNÓTICO, BARBITÚRICOS - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>phenobarbital oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet</i>	Nivel 1	
SEDANTE HIPNÓTICO, NO BARBITÚRICOS - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>diphenhydramine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nighttime sleep aid (diphen) oral capsule</i>	Nivel 1	
SILENOR ORAL TABLET (<i>doxepin</i>)	Nivel 3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
AGENTES HEMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES HEMORREOLÓGICOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>pentoxifylline oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
AGENTES INHIBIDORES DE C1 ESTERASA - DRUGS FOR THE BLOOD		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA; LD
BERINERT INTRAVENOUS RECON SOLN (<i>c1 esterase inhibitor</i>)	Nivel 4	PA; LD
AGENTES PARA LA ANEMIA FALCIFORME - DRUGS FOR THE BLOOD		
DROXIA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 4	
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA - DRUGS FOR THE BLOOD		
PROMACTA ORAL TABLET (<i>eltrombopag</i>)	Nivel 4	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTICOAGULANTES ORALES - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>warfarin</i> (Jantoven Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>warfarin oral tablet</i>	Nivel 1	
FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF) - DRUGS FOR THE BLOOD		
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR (<i>pegfilgrastim</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 injectors/kits per 28 days)
HEMATÍNICOS, OTRO - DRUGS FOR THE BLOOD		
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 4	PA; SP
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 4	PA; SP
HEPARINA Y PREPARADOS RELACIONADOS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	Nivel 4	QL (1 syringe per 1 day)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i>	Nivel 4	QL (1 syringe per 1 day)
INDIRECT FACTOR XA INHIBITORS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i>	Nivel 4	QL (1 syringe per 1 day)
INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>anagrelide oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	Nivel 2	QL (2 capsule per 1 day)
<i>cilostazol oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	Nivel 2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>dipyridamole oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>extra strength bayer oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES INMUNOSUPRESORES - DRUGS FOR ORGAN TRANSPLANTS		
INMUNOSUPRESORES - DRUGS FOR ORGAN TRANSPLANTS		
<i>azathioprine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine oral capsule</i>	Nivel 4	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cyclosporine</i> (Gengraf Oral Capsule)	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine</i> (Gengraf Oral Solution)	Nivel 4	SP
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	Nivel 4	SP
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	Nivel 4	SP
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 4	SP
<i>sirolimus oral solution</i>	Nivel 4	SP
AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
AGENTES ANTINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops, suspension</i>	Nivel 1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) DROPS, GEL (<i>loteprednol</i>)	Nivel 3	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT (<i>loteprednol</i>)	Nivel 3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops, suspension</i>	Nivel 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops, suspension</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE (<i>lifitegrast</i>)	Nivel 3	PA; QL (2 vial per 1 day)
ANTIBIÓTICO OFTÁLMICO, COMBINACIONES DE CORTICOESTEROIDES - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops, suspension</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops, suspension</i>	Nivel 1	
<i>neomycin</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic (Eye) Ointment)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops, suspension</i>	Nivel 1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitracin</i> (Ak-Poly-Bac Ophthalmic (Eye) Ointment)	Nivel 1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS, SUSPENSION (<i>besifloxacin</i>)	Nivel 3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>gentamicin</i> (Gentak Ophthalmic (Eye) Ointment)	Nivel 1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>neomycin</i> (Neo-Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment)	Nivel 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin</i> (Polycin Ophthalmic (Eye) Ointment)	Nivel 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
ANTI-HISTAMÍNICOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE		
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 24 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
ANTIVIRALES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL (<i>ganciclovir</i>)	Nivel 3	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE		
ALOCRIL OPHTHALMIC (EYE) DROPS (<i>nedocromil</i>)	Nivel 3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS (<i>lodoxamide</i>)	Nivel 3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
LÁGRIMAS ARTIFICIALES - DRUGS FOR THE EYE		
LACRISERT OPHTHALMIC (EYE) INSERT (<i>hydroxypropyl cellulose</i>)	Nivel 3	
MIÓTICOS/OTROS REDUCTORES DE PRESIÓN INTRAOCULAR - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS (<i>bimatoprost</i>)	Nivel 3	
<i>metipranolol ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC (EYE) DROPS (<i>echothiophate</i>)	Nivel 3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	Nivel 1	
TRAVATAN Z OPHTHALMIC (EYE) DROPS (<i>travoprost</i>)	Nivel 3	
ANALGÉSICO, ANTINFLAMATORIO O ANTIPIRÉTICO - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
ANALGÉSICO/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>diflunisal oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>extra strength bayer oral tablet</i>	Nivel 1	
ANALGÉSICOS, NARCÓTICOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>codeine</i> (Ascomp With Codeine Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>codeine</i> (Butalbital Compound W/Codeine Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butorphanol tartrate nasal spray,non-aerosol</i>	Nivel 1	QL (2 bottles per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>diskets oral tablet,soluble</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxycodone</i> (Endocet Oral Tablet)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	Nivel 1	QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>hydromorphone oral liquid</i>	Nivel 1	QL (24 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydromorphone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydromorphone rectal suppository</i>	Nivel 2	QL (4 suppositories per 1 day)
<i>ibuprofen-oxycodone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>meperidine injection cartridge</i>	Nivel 1	QL (4 ML per 1 day)
<i>meperidine oral solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>meperidine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone</i> (Methadone Intensol Oral Concentrate)	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone oral concentrate</i>	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methadone oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone oral tablet,soluble</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methadose oral concentrate</i>	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone</i> (Methadose Oral Tablet,Soluble)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>morphine concentrate oral solution</i>	Nivel 1	QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine oral capsule,extend.release pellets</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine oral solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>morphine rectal suppository</i>	Nivel 1	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>oxycodone oral capsule</i>	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>oxycodone oral concentrate</i>	Nivel 2	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone oral solution</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone oral syringe</i>	Nivel 2	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tramadol oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablet per 1 day)
<i>hydrocodone</i> (Vicodin Es Oral Tablet)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone</i> (Vicodin Hp Oral Tablet)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
ANALGÉSICOS, NO NARCÓTICOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>butalbital</i> (Tencon Oral Tablet)	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>butalbital</i> (Zebutal Oral Capsule)	Nivel 2	
ANTIARTRÍTICO, AGENTES ANTAGONISTAS DEL FOLATO - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
ANTINFLAMATORIO, INHIBIDOR DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RIDAURA ORAL CAPSULE (<i>auranofin</i>)	Nivel 3	
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>minocycline oral tablet</i>	Nivel 1	
ORENCIA (WITH MALTOSÉ) INTRAVENOUS RECON SOLN (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 injections per 28 days)
<i>penicillamine oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
INHIBIDOR DEL FACTOR DE LA NECROSIS TUMORAL ANTINFLAMATORIA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 cartridges per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (8 vials per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 pens per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
INHIBIDOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTINFLAMATORIO - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 cartridges per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (8 vials per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 50 MG/ML (1 ML) (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>etanercept</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (4 pens per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>golimumab</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
INMUNOSUPRESORES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>azathioprine oral tablet</i>	Nivel 2	
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE (<i>cyclophosphamide</i>)	Nivel 4; OC	SP
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine oral capsule</i>	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine</i> (Gengraf Oral Capsule)	Nivel 4	SP
<i>cyclosporine</i> (Gengraf Oral Solution)	Nivel 4	SP
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	Nivel 4	SP
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	Nivel 4	SP
NSAIDS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>diclofenac potassium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	
<i>ec-naproxen oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen</i> (Ibu Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule, extended release</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>ketorolac oral tablet</i>	Nivel 1	QL (20 tablets per 30 days)
<i>meclofenamate oral capsule</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>meloxicam oral suspension</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>meloxicam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sulindac oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTICONCEPTIVOS - DRUGS FOR WOMEN		
ANTICONCEPTIVOS - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgestrel</i> (Afirmelle Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Altavera (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Alyacen 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Alyacen 7/7/7 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i> (Amethia Lo Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i> (Amethia Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Amethyst (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Apri Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Aranelle (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i> (Ashlyna Oral Tablets, Dose Pack, 3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Aubra Eq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Aubra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Aurovela 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Aurovela 1/20 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Aurovela Fe 1-20 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Aviane Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Ayuna Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
BALCOLTRA ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>norethindrone</i> (Balziva (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Bekyree (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethindrone</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Blisovi Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Blisovi Fe 1/20 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Briellyn Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month	Nivel 1; \$0	
camrese oral tablets,dose pack,3 month	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Caziant (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Chateal (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Chateal Eq (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestrel</i> (Cryselle (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Cyclafem 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Cyclafem 7/7/7 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Cyred Eq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Cyred Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Dasetta 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Dasetta 7/7/7 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i> (Daysee Oral Tablets,Dose Pack,3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Delyla (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet	Nivel 1; \$0	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet	Nivel 1; \$0	
drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet	Nivel 1; \$0	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet	Nivel 1; \$0	
<i>norgestrel</i> (Elinest Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Emoquette Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Enpresse Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Enskyce Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Falmina (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i> (Fayosim Oral Tablets,Dose Pack,3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Femynor Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gianvi (28) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Hailey Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Introvale Oral Tablets,Dose Pack,3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Isibloom Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Jasmiel (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month</i>	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Juleber Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Junel 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Junel 1/20 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Junel Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Junel Fe 1/20 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Kaitlib Fe Oral Tablet,Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Kalliga Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol</i> (Kelnor 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol</i> (Kelnor 1-50 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Kurvelo (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Larin 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Larin 1/20 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Larin 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Larin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Larin Fe 1/20 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Larissia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>layolis fe oral tablet,chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>leena 28 oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Lessina Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Levonest (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	Nivel 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Levora-28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Lillow (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethindrone</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Loryna (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestrel</i> (Low-Ogestrel (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Lo-Zumandimine (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Lutera (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Marlissa (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension</i>	Nivel 1; \$0	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Melodetta 24 Fe Oral Tablet,Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet,Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Microgestin 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Microgestin 1/20 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Microgestin Fe 1.5/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Microgestin Fe 1/20 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Mili Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Mono-Linyah Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
NATAZIA ORAL TABLET (<i>estradiol</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>norethindrone</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Nikki (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>nora-be oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Norlyda Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Norlyroc Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Nortrel 7/7/7 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
NUVARING VAGINAL RING (<i>etonogestrel</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>ocella oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>ogestrel (28) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Orsythia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Philith Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtree (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Pirmella Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Portia 28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Previfem Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Reclipsen (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
RIVELSA ORAL TABLETS,DOSE PACK,3 MONTH (<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i>)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Setlakin Oral Tablets,Dose Pack,3 Month)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Simliya (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i> (Simpesse Oral Tablets,Dose Pack,3 Month)	Nivel 1; \$0	
SLYND ORAL TABLET (<i>drospirenone</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>norgestimate</i> (Sprintec (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Sronyx Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Tarina 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Tarina Fe 1/20 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Tarina Fe 1-20 Eq (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE (<i>norethindrone</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>norethindrone</i> (Tilia Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri Femynor Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Tri-Legest Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Linyah Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norgestimate</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Mili Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Previfem (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Sprintec (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Trivora (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Tulana Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone</i> (Tydemy Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel</i> (Velivet Triphasic Regimen (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel</i> (Vienna Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Viorele (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Vyfemla (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate</i> (Vylibra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Wera (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Wymzya Fe Oral Tablet, Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>xulane transdermal patch weekly</i>	Nivel 1; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Zarah Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol</i> (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethinyl estradiol</i> (Zumandimine (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA - BIRTH CONTROL PILLS		
AFTERA ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>econtra ez oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>econtra one-step oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
ELLA ORAL TABLET (<i>ulipristal</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>my choice oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>my way oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>opcicon one-step oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<i>option-2 oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
PLAN B ONE-STEP ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
TAKE ACTION ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTÍDOTOS Y OTROS AGENTES DE REVERSIÓN - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
AGENTES QUELANTES - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
CHEMET ORAL CAPSULE (<i>succimer</i>)	Nivel 3	
<i>penicillamine oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>trientine oral capsule</i>	Nivel 2	SP
ANTAGONISTAS DE NARCÓTICOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>naloxone injection solution</i>	Nivel 2	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone injection syringe</i>	Nivel 2	QL (6 syringes per 90 days)
<i>naltrexone oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>acetylcysteine solution</i>	Nivel 2	
ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER		
BLOQUEADOR DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO - DRUGS FOR CANCER		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetuximab</i>)	Nivel 4	PA; SP
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA - DRUGS FOR CANCER		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (<i>topotecan</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES - DRUGS FOR CANCER		
<i>abiraterone oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION (<i>everolimus</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP
AFINITOR ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP
<i>anastrozole oral tablet</i>	Nivel 2; OC	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bexarotene oral capsule</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)
<i>bicalutamide oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>capecitabine oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	Nivel 4; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	Nivel 4; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) (<i>cabozantinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) (<i>cabozantinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) (<i>cabozantinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE (<i>cyclophosphamide</i>)	Nivel 4; OC	SP
EMCYT ORAL CAPSULE (<i>estramustine</i>)	Nivel 4; OC	PA
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (<i>vismodegib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
<i>erlotinib oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>etoposide oral capsule</i>	Nivel 4; OC	SP
<i>exemestane oral tablet</i>	Nivel 2; OC	QL (2 tablets per 1 day)
FARYDAK ORAL CAPSULE (<i>panobinostat</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
<i>flutamide oral capsule</i>	Nivel 2; OC	
GILOTRIF ORAL TABLET (<i>afatinib</i>)	Nivel 3; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (<i>lomustine</i>)	Nivel 4; OC	PA
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	Nivel 2; OC	
IBRANCE ORAL CAPSULE (<i>palbociclib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (<i>ponatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG (<i>ponatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
IMBRUVICA ORAL TABLET (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
INTRON A INJECTION RECON SOLN (<i>interferon alfa-2b, recomb.</i>)	Nivel 4	SP
INTRON A INJECTION SOLUTION (<i>interferon alfa-2b, recomb.</i>)	Nivel 4	SP
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG (<i>ruxolitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (5 tablets per 1 day)
JAKAFI ORAL TABLET 15 MG (<i>ruxolitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (100 tablets per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 20 MG (<i>ruxolitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2.5 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JAKAFI ORAL TABLET 25 MG (<i>ruxolitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day)
JAKAFI ORAL TABLET 5 MG (<i>ruxolitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (10 tablets per 1 day)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1) (<i>lenvatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day)
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 4 MG (<i>lenvatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) (<i>lenvatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
LENVIMA ORAL CAPSULE 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) (<i>lenvatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (3 capsules per 1 day)
<i>letrozole oral tablet</i>	Nivel 2; OC	QL (1 tablet per 1 day)
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	Nivel 2	
LEUKERAN ORAL TABLET (<i>chlorambucil</i>)	Nivel 4; OC	
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	Nivel 4	PA; SP
LYNPARZA ORAL TABLET (<i>olaparib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day)
LYSODREN ORAL TABLET (<i>mitotane</i>)	Nivel 4; OC	QL (38 tablets per 1 day)
MATULANE ORAL CAPSULE (<i>procarbazine</i>)	Nivel 4; OC	LD
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melphalan oral tablet</i>	Nivel 4; OC	SP
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
MYLERAN ORAL TABLET (<i>busulfan</i>)	Nivel 4; OC	
NEXAVAR ORAL TABLET (<i>sorafenib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
<i>nilutamide oral tablet</i>	Nivel 4; OC	QL (1 tablet per 1 day)
ODOMZO ORAL CAPSULE (<i>sonidegib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
OFEV ORAL CAPSULE (<i>nintedanib</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG (<i>pomalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
POMALYST ORAL CAPSULE 2 MG (<i>pomalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG (<i>pomalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
REVLIMID ORAL CAPSULE (<i>lenalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPRYCEL ORAL TABLET (<i>dasatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
STIVARGA ORAL TABLET (<i>regorafenib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG (<i>sunitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
SUTENT ORAL CAPSULE 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (<i>sunitinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
TABLOID ORAL TABLET (<i>thioguanine</i>)	Nivel 4; OC	
TAFINLAR ORAL CAPSULE (<i>dabrafenib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
<i>tamoxifen oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>nilotinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (<i>nilotinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 capsule per 1 day)
<i>temozolomide oral capsule 140 mg, 180 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
<i>temozolomide oral capsule 20 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)
<i>temozolomide oral capsule 5 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (3 capsule per 1 day)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
<i>toremifene oral tablet</i>	Nivel 4; OC	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tretinoin (chemotherapy) oral capsule</i>	Nivel 2; OC	
TYKERB ORAL TABLET (<i>lapatinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
VOTRIENT ORAL TABLET (<i>pazopanib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
XALKORI ORAL CAPSULE (<i>crizotinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
XTANDI ORAL CAPSULE (<i>enzalutamide</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
ZELBORAF ORAL TABLET (<i>vemurafenib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
ZOLINZA ORAL CAPSULE (<i>vorinostat</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
ZYDELIG ORAL TABLET (<i>idelalisib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYKADIA ORAL CAPSULE (<i>ceritinib</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (5 capsules per 1 day)
ZYTIGA ORAL TABLET (<i>abiraterone</i>)	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
BIOLÓGICOS - BIOLOGICAL AGENTS		
INMUNOGLOBULINAS - BIOLOGICAL AGENTS		
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin,gamma (igg) human</i>)	Nivel 4	PA; SP
VACUNAS INMUNOLÓGICAS - VACCINES		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN (<i>haemophilus b polysaccharide conj w/tetanus toxoid</i>)	Nivel 3; \$0	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
AFLURIA QD 2019-20(3YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine qv 2019-20 (36 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	
AFLURIA QD 2019-20(6-35MO)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine qv 2019-2020(6 mos-35 mos)</i>)	Nivel 1; \$0	
AFLURIA QUAD 2019-20(6MO UP) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>neisseria meningitidis group b, nhba recombinant</i>)	Nivel 2; \$0	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
FLUAD 2019-2020 (65 YR UP)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine trival 2019-2020(65 yr up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUARIX QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUBLOK QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine qv 2019-20 (18 yr up),rcmb</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUCELVAX QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vac qv 19-20 (4 yrs up)cell deriv.</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUCELVAX QUAD 2019-2020 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vac qv 19-20 (4 yrs up)cell deriv.</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLULAVAL QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLULAVAL QUAD 2019-2020 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUMIST QUAD 2019-2020 NASAL NASAL SPRAY SYRINGE (<i>influenza virus vaccine qval 2019-2020 (2-49 yrs)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 units per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine trival 2019-2020(65 yr up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUZONE QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUZONE QUAD 2019-2020 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUZONE QUAD 2019-2020 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine quad 2019-20 (6 months up)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
FLUZONE QUAD PEDI 2019-20 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>influenza virus vaccine qv 2019-2020(6 mos-35 mos)</i>)	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent</i>)	Nivel 2; \$0	
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>human papillomavirus vaccine, 9-valent</i>)	Nivel 2; \$0	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis a virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN (<i>haemophilus b polysaccharide conj w/tetanus toxoid</i>)	Nivel 3; \$0	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN (<i>rabies vaccine, human diploid cell</i>)	Nivel 3	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>diphtheria,pertussis (acellular),tetanus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
IPOLE INJECTION SUSPENSION (<i>poliomyelitis vaccine,killed</i>)	Nivel 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>japanese encephalitis vaccine</i>)	Nivel 3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphtheria,pertussis (acell),tetanus,polio vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>diphtheria,pertussis (acell),tetanus,polio vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal vaccine a,c,y and w-135, dip tox con</i>)	Nivel 3; \$0	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT (<i>meningococcal vaccine a,c,y and w-135, dip tox con</i>)	Nivel 3; \$0	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN (<i>measles, mumps, and rubella vaccine live</i>)	Nivel 3; \$0	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>haemophilus b polysach conjugat with meningococcal</i>)	Nivel 3; \$0	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT (<i>diphtheria,pertussis (acell),tetanus,polio vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN (<i>haemophilus b polysacc conj-tetan tox, comp 2 of 2</i>)	Nivel 3; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION (<i>pneumococcal vaccine</i>)	Nivel 2; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SYRINGE (<i>pneumococcal vaccine</i>)	Nivel 2; \$0	
PREVNAR 13 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>pneumococcal vaccine</i>)	Nivel 2; \$0	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>measles, mumps, rubella,and varicella live vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphtheria,pertussis (acell),tetanus,polio vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>rabies vaccine,purified chick-embryo cell (pcec)</i>)	Nivel 3	
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis b virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>rotavirus vacc, live oral, 89-12 strain,g1p(8) type</i>)	Nivel 3; \$0	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION (<i>rotavirus vacc, live oral pentavalent</i>)	Nivel 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>varicella-zoster virus glycoprotein e, recombinant</i>)	Nivel 2; \$0	
SHINGRIX GE ANTIGEN COMPONENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>varicella-zoster virus glycoprotein e, recombinant</i>)	Nivel 2; \$0	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus and diphtheria toxoids</i>)	Nivel 3; \$0	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>tetanus and diphtheria toxoids</i>)	Nivel 3; \$0	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus and diphtheria toxoids</i>)	Nivel 3; \$0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>neisseria meningitidis grp b,lipidated fhbp, rec.</i>)	Nivel 2; \$0	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis a virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>typhoid vaccine</i>)	Nivel 3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>typhoid vaccine</i>)	Nivel 3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE (<i>hepatitis a virus vaccine</i>)	Nivel 3; \$0	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>varicella virus vaccine live</i>)	Nivel 3; \$0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) (<i>typhoid vaccine</i>)	Nivel 2	
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>yellow fever vaccine live</i>)	Nivel 3	
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION (<i>varicella virus vaccine live</i>)	Nivel 2; \$0	
DEPENDENCIA QUÍMICA, AGENTES PARA TRATAMIENTO - DRUGS FOR ADDICTION		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR - DRUGS FOR SMOKING ADDICTION		
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 1; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr</i>	Nivel 1; \$0	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET (<i>varenicline</i>)	Nivel 3; \$0	QL (60 tablets per 30 days)
CHANTIX ORAL TABLET (<i>varenicline</i>)	Nivel 3; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS,DOSE PACK (<i>varenicline</i>)	Nivel 3; \$0	QL (1 dose pack per 365 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE (<i>nicotine</i>)	Nivel 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL (<i>nicotine</i>)	Nivel 3; \$0	
ANTAGONISTA DEL ALCOHOL - DRUGS FOR ALCOHOL ADDICTION		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec)</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTAGONISTAS DE NARCÓTICOS - DRUGS FOR OPIOID ADDICTION		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg</i>	Nivel 2	QL (12 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 8 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	Nivel 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
DERMATOLÓGICO - DRUGS FOR THE SKIN		
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene-benzoyl peroxide topical gel with pump</i>	Nivel 2	
<i>azelaic acid topical gel</i>	Nivel 2	
<i>benzoyl peroxide topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide topical foam</i>	Nivel 1	
<i>bp 10-1 topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>bpo topical gel</i>	Nivel 1	
<i>bpo topical towelette</i>	Nivel 1	
<i>cleansing wash topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical foam</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate topical swab</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel with pump</i>	Nivel 1	
<i>dapsone topical gel</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin base</i> (Ery Pads Topical Swab)	Nivel 1	
<i>erythromycin base</i> (Erygel Topical Gel)	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin with ethanol topical swab</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical cream</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metronidazole topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i> (Rosadan Topical Cream)	Nivel 1	
<i>sss 10-5 topical foam</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical pads, medicated</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical suspension</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-sulfur-cleansr23 topical kit</i>	Nivel 1	
AGENTES ANTINFLAMATORIOS ESTEROIDES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>alclometasone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>alclometasone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical cream</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>amcinonide topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical foam</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol scalp solution</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical cream</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical foam</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical gel</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol topical shampoo</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	Nivel 1	
<i>clobetasol-emollient topical foam</i>	Nivel 1	
CLODERM TOPICAL CREAM (<i>clocortolone</i>)	Nivel 3	
CORDRAN TAPE LARGE ROLL TOPICAL TAPE (<i>flurandrenolide</i>)	Nivel 3	
<i>clobetasol</i> (Cormax Scalp Solution)	Nivel 1	
<i>desonide topical cream</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>desonide topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical gel</i>	Nivel 1	
<i>desoximetasone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>diflorasone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>diflorasone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone and shower cap scalp oil</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical oil</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>fluocinolone topical solution</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical cream</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical gel</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide topical solution</i>	Nivel 1	
<i>fluocinonide</i> (Fluocinonide-E Topical Cream)	Nivel 1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream</i>	Nivel 1	
<i>flurandrenolide topical cream</i>	Nivel 2	
<i>flurandrenolide topical lotion</i>	Nivel 2	
<i>flurandrenolide topical ointment</i>	Nivel 2	
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>halcinonide topical cream</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	Nivel 1	
HALOG TOPICAL CREAM (<i>halcinonide</i>)	Nivel 1	
HALOG TOPICAL OINTMENT (<i>halcinonide</i>)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyrate topical solution</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone butyr-emollient topical cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>mometasone topical solution</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>prednicarbate topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc Topical Cream With Perineal Applicator)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc Topical Cream With Perineal Applicator)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone</i> (Trianex Topical Ointment)	Nivel 1	
<i>triamcinolone</i> (Triderm Topical Cream)	Nivel 1	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acitretin oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>calcipotriene scalp solution</i>	Nivel 1	
<i>calcipotriene topical cream</i>	Nivel 1	
<i>calcipotriene topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>calcipotriene-betamethasone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>calcipotriene</i> (Calcitrene Topical Ointment)	Nivel 2	
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel</i>	Nivel 2; OC	SP
AGENTES PARA ROSÁCEA, TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>azelaic acid topical gel</i>	Nivel 2	
<i>cleansing wash topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole topical gel with pump</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>doxycycline</i> (Oracea Oral Capsule,Ir - Delay Rel,Biphase)	Nivel 3	
<i>metronidazole</i> (Rosadan Topical Gel)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sod-sulfur-urea topical cleanser</i>	Nivel 1	
AGENTES SISTÉMICOS CONTRA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>isotretinoin</i> (Amnesteem Oral Capsule 10 Mg)	Nivel 2	PA
<i>isotretinoin</i> (Amnesteem Oral Capsule 20 Mg, 40 Mg)	Nivel 2	PA
<i>isotretinoin</i> (Claravis Oral Capsule)	Nivel 2	PA
<i>minocycline oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	PA
<i>isotretinoin</i> (Zenatane Oral Capsule)	Nivel 2	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ammonium lactate topical cream</i>	Nivel 1	
<i>ammonium lactate topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium topical gel</i>	Nivel 2	QL (1000 grams per 30 days)
<i>podofilox topical solution</i>	Nivel 1	
<i>prudoxin topical cream</i>	Nivel 2	
<i>salicylic acid topical cream</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical cream,extended release</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical foam</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical gel</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical liquid</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical lotion,extended release</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid topical shampoo</i>	Nivel 1	
<i>salvax topical foam</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>selenium sulfide topical shampoo</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine topical cream</i>	Nivel 1	
<i>ssd topical cream</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical cleanser, gel</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium topical shampoo</i>	Nivel 1	
ANESTÉSICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine topical kit</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
ALTABAX TOPICAL OINTMENT (<i>retapamulin</i>)	Nivel 3	
CORTISPORIN TOPICAL OINTMENT (<i>neomycin</i>)	Nivel 1	
<i>mupirocin topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>sss 10-5 topical cream</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium-sulfur topical cream</i>	Nivel 1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ciclopirox topical cream</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical gel</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical solution</i>	Nivel 1	
<i>ciclopirox topical suspension</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical cream</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole topical solution</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>econazole topical cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-iodoquinol topical cream</i>	Nivel 1	
<i>ketoconazole topical cream</i>	Nivel 1	
<i>ketoconazole topical foam</i>	Nivel 1	
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	Nivel 1	
<i>nystatin</i> (Nyamyc Topical Powder)	Nivel 1	
<i>nystatin topical cream</i>	Nivel 1	
<i>nystatin topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>nystatin topical powder</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical cream</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment</i>	Nivel 1	
<i>nystatin</i> (Nystop Topical Powder)	Nivel 1	
DERIVADOS DE LA VITAMINA A - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene topical cream</i>	Nivel 1	
<i>adapalene topical gel</i>	Nivel 1	
<i>avita topical cream</i>	Nivel 1	PA
<i>tretinoin (emollient) topical cream</i>	Nivel 1	PA
<i>tretinoin topical cream</i>	Nivel 1	PA
<i>tretinoin topical gel</i>	Nivel 1	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lindane topical shampoo</i>	Nivel 1	
<i>malathion topical lotion</i>	Nivel 1	
<i>permethrin topical cream</i>	Nivel 1	
<i>spinosad topical suspension</i>	Nivel 1	
INMUNOMODULADORES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
ALFERON N INJECTION SOLUTION (<i>interferon alfa-n3</i>)	Nivel 4	SP
<i>imiquimod topical cream in packet</i>	Nivel 1	PA; QL (48 packets per 365 days)
<i>pimecrolimus topical cream</i>	Nivel 1	PA
<i>tacrolimus topical ointment</i>	Nivel 1	PA
VEREGEN TOPICAL OINTMENT (<i>sinecatechins</i>)	Nivel 3	
TÓPICO ANTINEOPLÁSICO Y PREMALIGNO - DRUGS FOR THE SKIN		
CARAC TOPICAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	Nivel 2	QL (30 grams per 365 days)
<i>fluorouracil topical cream</i>	Nivel 1	QL (40 grams per 365 days)
<i>fluorouracil topical solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 365 days)
DISPOSITIVOS CON Y SIN AGUJAS, JERINGAS Y ACCESORIOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
AGUJAS, DISPOSITIVOS SIN AGUJAS, JERINGAS Y ACCESORIOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe</i>	Nivel 1	
<i>thinpro insulin syringe syringe</i>	Nivel 1	
ANÁLISIS DE LA AZUCAR EN LA SANGRE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK COMPACT PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic, drum-type</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
DIAFRAGMAS/CAPUCHÓN CERVICAL - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, contoured</i>)	Nivel 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FEMCAP VAGINAL DEVICE (<i>cervical cap</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
SUMINISTROS MÉDICOS Y DME PARA EL ANÁLISIS Y MONITOREO DE LA GLUCOSA EN SANGRE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS METER (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK COMP BLUE CONT, M-H SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CARE KIT (<i>blood-glucose meter, drum-type</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK NANO (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, normal</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK VOICEMATE KIT (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
<i>acti-lance lancets</i>	Nivel 1	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (<i>diabetic supplies, miscellaneous</i>)	Nivel 2	
<i>e-z ject lancets</i>	Nivel 1	
E-Z JECT THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	
ONETOUCH DELICA LANC DEVICE KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH DELICA LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, normal</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRA2 METER KIT (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRAMINI KIT (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO FLEX (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO IQ METER (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, normal</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO SYSTEM (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
DISPOSITIVOS CON Y SIN AGUJAS, JERINGAS Y ACCESORIOS		
DISPOSITIVOS CON Y SIN AGUJAS, JERINGAS Y ACCESORIOS		
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS METER (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK COMP BLUE CONT, M-H SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CARE KIT (<i>blood-glucose meter, drum-type</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ACCU-CHEK COMPACT PLUS TEST STRIP (<i>blood sugar diagnostic, drum-type</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL SOL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE MTR (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK NANO (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, normal</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIP STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SOFT DEV LANCETS KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ACCU-CHEK VOICEMATE KIT (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ACCUTREND GLUCOSE STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
<i>acti-lance lancets</i>	Nivel 1	
CAYA CONTOURED VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, contoured</i>)	Nivel 3; \$0	
CHEMSTRIP BG LOG BOOK (<i>diabetic supplies, miscellaneous</i>)	Nivel 2	
<i>e-z ject lancets</i>	Nivel 1	
E-Z JECT THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	
FEMCAP VAGINAL DEVICE (<i>cervical cap</i>)	Nivel 3; \$0	
<i>insulin syringe-needle u-100 syringe</i>	Nivel 1	
ONETOUCH DELICA LANC DEVICE KIT (<i>lancing device</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH DELICA LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, normal</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRA2 METER KIT (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRAMINI KIT (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO FLEX (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, high</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO IQ METER (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION (<i>blood-glucose calibration control, normal</i>)	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO STRIP (<i>blood sugar diagnostic</i>)	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO SYSTEM (<i>blood-glucose meter</i>)	Nivel 2	
<i>thinpro insulin syringe syringe</i>	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms, wide seal</i>)	Nivel 3; \$0	
ENDOCRINO - HORMONES		
AGENTES ANDRÓGENOS - DRUGS FOR MEN		
METHITEST ORAL TABLET (<i>methyltestosterone</i>)	Nivel 3	
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram outer</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram pkt</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone 50 mg/5 gram pkt inner</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone 50 mg/5 gram pkt outer</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone cypionate intramuscular oil</i>	Nivel 1	
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	Nivel 2	PA; QL (2 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>testosterone transdermal gel in packet 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram), 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
AGENTES DE SOMATOSTATINA - DRUGS FOR GROWTH		
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 30 MG (<i>octreotide</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 20 MG (<i>octreotide</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (2 kits per 28 days)
AGENTES ESTROGÉNICOS - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol</i> (Amabelz Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	Nivel 1	QL (8 patches per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	Nivel 1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone</i> (Jinteli Oral Tablet)	Nivel 1	
LOPREEZA ORAL TABLET (<i>estradiol</i>)	Nivel 1	
<i>estradiol</i> (Mimvey Lo Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>estradiol</i> (Mimvey Oral Tablet)	Nivel 1	
PREMARIN ORAL TABLET (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 3	QL (1 tablet per 1 day)
PREMPHASE ORAL TABLET (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 3	
PREMPRO ORAL TABLET (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 3	
AGENTES PROGESTACIONALES - DRUGS FOR WOMEN		
<i>medroxyprogesterone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone micronized oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cabergoline oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIHIPERGLICÉMICO, MIMÉTICO DE INCRETINA (AGONISTA DEL RECEPTOR GLP-1) - DRUGS FOR DIABETES		
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) (<i>semaglutide</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) (<i>semaglutide</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>dulaglutide</i>)	Nivel 3	ST; QL (4 pens per 28 days)
VICTOZA 2-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>liraglutide</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 box (2 pens) per 30 days)
VICTOZA 3-PAK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>liraglutide</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 box (3 pens) per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CALCIMIMÉTICOS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	Nivel 4	PA
CALCITONINAS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol</i>	Nivel 2	QL (1 bottle per 30 days)
ESTEROIDES ANABÓLICOS - DRUGS FOR MEN		
<i>oxandrolone oral tablet</i>	Nivel 2	PA
GLUCOCORTICOIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>cortisone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone intensol oral drops</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack</i>	Nivel 1	
<i>millipred dp oral tablets,dose pack</i>	Nivel 1	
<i>millipred oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisone intensol oral concentrate</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablets,dose pack</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone</i> (Veripred 20 Oral Solution)	Nivel 1	
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG) - DRUGS FOR WOMEN		
<i>chorionic gonadotropin, human injection recon soln</i>	Nivel 4	SP
<i>chorionic gonadotropin, human intramuscular recon soln</i>	Nivel 4	PA; SP
HIPERGLUCEMIA - DRUGS FOR DIABETES		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION RECON SOLN (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN) INJECTION RECON SOLN (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	
GLUCAGON HCL INJECTION RECON SOLN (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIPOGLUCEMIA, INSULINA, INTENSIFICADOR DE RESPUESTA - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
HIPOGLUCEMIA, INSULINA, TIPO ESTIMULANTE LIBERADOR - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glimepiride oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr</i>	Nivel 1	
<i>glipizide-metformin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>glyburide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>glyburide-metformin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>tolbutamide oral tablet</i>	Nivel 2	
HIPOGLUCEMIA, TIPO BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES		
<i>metformin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
HIPOGLUCEMIA, TIPO INHIBIDOR DE LA ALFA GLUCOSIDASA - DRUGS FOR DIABETES		
<i>acarbose oral tablet</i>	Nivel 1	
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOPRESORAS - HORMONES		
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	Nivel 2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol</i>	Nivel 2	
<i>desmopressin oral tablet</i>	Nivel 1	
HORMONAS DEL CRECIMIENTO - DRUGS FOR GROWTH		
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>somatropin</i>)	Nivel 4	PA; SP
HORMONAS TIROIDEAS - DRUGS FOR THYROID		
ARMOUR THYROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	Nivel 1	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levoxyl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>liothyronine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>nature-throid oral tablet</i>	Nivel 1	
NP THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG (<i>thyroid</i>)	Nivel 1	
<i>np thyroid oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	
SYNTHROID ORAL TABLET (<i>levothyroxine</i>)	Nivel 1	
<i>unithroid oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>westhroid oral tablet</i>	Nivel 1	
WP THYROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDOR DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA IV Y COMBINACIONES - DRUGS FOR DIABETES		
JANUMET ORAL TABLET (<i>sitagliptin</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG (<i>sitagliptin</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (<i>sitagliptin</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JENTADUETO ORAL TABLET (<i>linagliptin</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESINA ORAL TABLET (<i>alogliptin</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONGLYZA ORAL TABLET (<i>saxagliptin</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRADJENTA ORAL TABLET (<i>linagliptin</i>)	Nivel 2	ST; DO
INHIBIDORES DE LA GONADOTROPINA SUPRESORES HIPOFISARIOS - DRUGS FOR WOMEN		
<i>danazol oral capsule</i>	Nivel 2	
INHIBIDORES DE RESORCIÓN ÓSEA - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>alendronate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 2,800 UNIT (<i>alendronic acid</i>)	Nivel 3	ST; QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70 MG- 5,600 UNIT (<i>alendronic acid</i>)	Nivel 3	ST
<i>ibandronate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 28 days)
<i>raloxifene oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 28 days)
INHIBIDORES DE SODIO-GLUCOSA (SGLT2) - DRUGS FOR DIABETES		
FARXIGA ORAL TABLET (<i>dapagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
INVOKAMET ORAL TABLET (<i>canagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG (<i>dapagliflozin</i>)	Nivel 3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INSULINAS - DRUGS FOR DIABETES		
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro protamine</i>)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin lispro protamine</i>)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin lispro protamine</i>)	Nivel 2	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro protamine</i>)	Nivel 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin isophane (nph)</i>)	Nivel 2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin isophane (nph)</i>)	Nivel 2	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin isophane (nph)</i>)	Nivel 2	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin isophane (nph)</i>)	Nivel 2	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular</i>)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin regular</i>)	Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin regular</i>)	Nivel 2	
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen</i>	Nivel 2	
<i>insulin lispro subcutaneous solution</i>	Nivel 2	
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 2	
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MINERALOCORTICOIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>fludrocortisone oral tablet</i>	Nivel 1	
OXITÓCICOS - DRUGS FOR WOMEN		
<i>methylergonovine oral tablet</i>	Nivel 1	
PREPARADOS ANTITIROIDEOS - DRUGS FOR THYROID		
<i>methimazole oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	Nivel 1	
SUPRESORES ANÁLOGOS DE HIPÓFISIS LHRH (GNRH) AGONISTAS - DRUGS FOR WOMEN		
LUPANETA PACK (1 MONTH) KIT. SYRINGE AND TABLET (<i>leuprolide</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
LUPANETA PACK (3 MONTH) KIT. SYRINGE AND TABLET (<i>leuprolide</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 84 days)
EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO, PRODUCTOS NUTRICIONALES - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOÁCIDOS - DRUGS FOR NUTRITION		
NUTRAMINE ORAL POWDER (<i>amino acids</i>)	Nivel 3	
DILUYENTES CLORURO DE SODIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
PREPARADOS DE VITAMINA B - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i>	Nivel 1	
PREPARADOS DE VITAMINA D - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> (Vitamin D2 Oral Capsule)	Nivel 1	
PREPARADOS DE VITAMINAS PRENATALES - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>bal-care dha oral combo pack,tablet and cap,dr</i>	Nivel 1	
<i>c-nate dha oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>complete natal dha oral combo pack</i>	Nivel 1	
<i>completenate oral tablet,chewable</i>	Nivel 1	
<i>elite ob with dha oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>elite-ob 400 oral capsule</i>	Nivel 1	
ELITE-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vitamins no.123</i>)	Nivel 1	
<i>folivane-ob oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>mynatal advance oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>mynatal oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>mynatal oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mynatal plus oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>mynatal-z oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr</i>	Nivel 1	
<i>pnv ob+dha oral combo pack</i>	Nivel 1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>pnv-ferrous fumarate-docu-fa oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>pnv-omega oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>pr natal 400 ec oral combo pack,tablet and cap,dr</i>	Nivel 1	
<i>pr natal 400 oral combo pack</i>	Nivel 1	
<i>pr natal 430 ec oral combo pack,tablet and cap,dr</i>	Nivel 1	
<i>pr natal 430 oral combo pack</i>	Nivel 1	
<i>prenaissance oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>prenaissance plus oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>prenatabs fa oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatabs rx oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal low iron oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal multivitamins oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET (<i>prenatal vitamins with calcium no.129</i>)	Nivel 1; \$0	
<i>prenatal plus (calcium carb) oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal plus oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prenatal-u oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>preplus oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>se-natal 19 (with docusate) oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>se-natal 19 oral tablet,chewable</i>	Nivel 1	
<i>taron-c dha oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>tl-select oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>triadvance oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>trinatal rx 1 oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>trinate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>triveen-duo dha oral combo pack</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>triveen-one oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>triveen-prx rnf oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>trust natal dha oral combo pack</i>	Nivel 1	
<i>vena-bal dha oral combo pack,tablet and cap,dr</i>	Nivel 1	
<i>vinacal oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vinate care oral tablet,chewable</i>	Nivel 1	
<i>vinate gt oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vinate ii oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vinate m oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vinate one oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vinate pn care oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vinate ultra oral tablet</i>	Nivel 1	
VIRT-NATE DHA ORAL CAPSULE (<i>prenatal vitamins no.11</i>)	Nivel 1	
<i>virt-pn dha oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>virt-pn plus oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>vitafol-ob oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vp-ch plus oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>zatean-pn dha oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>zatean-pn plus oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>zingiber oral tablet</i>	Nivel 1	
RESINAS LIBERADORAS DE POTASIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate rectal enema</i>	Nivel 1	
<i>polystyrene sulfonate</i> (Sps (With Sorbitol) Oral Suspension)	Nivel 2	
<i>sps (with sorbitol) rectal enema</i>	Nivel 1	
SOLUCIONES DE CLORURO DE SODIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous piggyback</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 3 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride 5 % intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	Nivel 1	
SUPLEMENTOS DIETARIOS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>enfagrow toddler next step oral powder</i>	Nivel 3	
SUSTITUTO DEL CALCIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>calcium acetate oral tablet</i>	Nivel 2	
SUSTITUTO DEL HIERRO - DRUGS FOR NUTRITION		
ELITE-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vitamins no.123</i>)	Nivel 1	
<i>fe c plus oral tablet</i>	Nivel 1	
SUSTITUTO DEL POTASIO - DRUGS FOR NUTRITION		
EFFER-K ORAL TABLET, EFFERVESCENT 10 MEQ, 20 MEQ (<i>potassium bicarbonate</i>)	Nivel 3	
<i>effer-k oral tablet, effervescent 25 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium</i> (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>klor-con 8 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium</i> (Klor-Con M10 Oral Tablet,Er Particles/Crystals)	Nivel 1	
<i>potassium</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet,Er Particles/Crystals)	Nivel 1	
<i>potassium</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet,Er Particles/Crystals)	Nivel 1	
<i>klor-conlef oral tablet, effervescent</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals</i>	Nivel 1	
VITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	
VITAMINAS PEDIÁTRICAS CON FLÚOR - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>multi-vitamin with fluoride oral drops</i>	Nivel 3; \$0	
<i>multivitamin with fluoride oral tablet,chewable</i>	Nivel 3; \$0	
<i>multi-vitamin with fluoride oral tablet,chewable</i>	Nivel 3; \$0	
<i>multivitamins with fluoride oral tablet,chewable</i>	Nivel 3; \$0	
<i>mvc-fluoride oral tablet,chewable</i>	Nivel 3; \$0	
<i>triple vitamin with fluoride oral drops</i>	Nivel 3; \$0	
<i>tri-vitamin with fluoride oral drops</i>	Nivel 3; \$0	
<i>tri-vite with fluoride oral drops</i>	Nivel 3; \$0	
<i>vitamins a,c,d and fluoride oral drops</i>	Nivel 3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESCLEROSIS MÚLTIPLE - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AVONEX (WITH ALBUMIN) INTRAMUSCULAR KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>interferon beta-1b</i>)	Nivel 4	PA; SP
EXTAVIA SUBCUTANEOUS RECON SOLN (<i>interferon beta-1b</i>)	Nivel 4	PA; SP
GILENYA ORAL CAPSULE (<i> fingolimod</i>)	Nivel 4	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 4	PA; SP
INSUMOS Y PREPARADOS DENTALES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
AGENTES PARA LA BOCA Y GARGANTA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>clotrimazole mucous membrane troche</i>	Nivel 2	QL (5 tablet per 1 day)
<i>lidocaine</i> (Lidocaine Viscous Mucous Membrane Solution)	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>nystatin oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>triamcinolone</i> (Oralene Dental Paste)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	Nivel 1	
ANTISÉPTICOS, OTROS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash</i>	Nivel 1	
<i>chlorhexidine</i> (Pareox Oral Rinse Mucous Membrane Mouthwash)	Nivel 1	
<i>chlorhexidine</i> (Periogard Mucous Membrane Mouthwash)	Nivel 1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>doxycycline hyclate oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREPARACIONES DE FLUORUROS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>dentagel dental gel</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) dental gel</i>	Nivel 1	
<i>fluoride (sodium) oral drops</i>	Nivel 1; \$0	
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 0.25 mg (0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	Nivel 1; \$0	
<i>fluoride (sodium) oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 1	
<i>fluoridex daily defense dental paste</i>	Nivel 1	
<i>fluoritab oral tablet, chewable 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	Nivel 1; \$0	
<i>fluoritab oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 1	
<i>ludent fluoride oral tablet, chewable 0.25 mg (0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	Nivel 1; \$0	
<i>ludent fluoride oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	Nivel 1	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE (<i>fluoride</i>)	Nivel 3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL PASTE (<i>fluoride</i>)	Nivel 3	
PREVIDENT DENTAL GEL (<i>fluoride</i>)	Nivel 3	
<i>sf dental gel</i>	Nivel 1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
AGENTES CONTRA LA IMPOTENCIA - DRUGS FOR ERECTILE DYSFUNCTION		
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 25 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (30 tablets per 25 days)
MODIFICADORES METABÓLICOS - DRUGS THAT ALTER METABOLISM		
AGENTES DE DEFICIENCIA METABÓLICA - DRUGS THAT ALTER METABOLISM		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE (<i>carglumic acid</i>)	Nivel 4	LD
CYSTADANE ORAL POWDER (<i>betaine</i>)	Nivel 3	LD
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution</i>	Nivel 1	
<i>nitisinone oral capsule</i>	Nivel 4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE (<i>nitisinone</i>)	Nivel 4	PA; LD
<i>paricalcitol oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (40 tablets per 1 day)
AGENTES DE TRATAMIENTO CON FENILCETONURIA (PKU) - DRUGS THAT ALTER METABOLISM		
KUVAN ORAL TABLET, SOLUBLE (<i>sapropterin</i>)	Nivel 4	PA; SP; LD

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ÓTICO - DRUGS FOR THE EAR		
PREPARADOS ÓTICOS, MISCELÁNEOS, ANTINFECIOSOS - ANTIBIOTICS		
<i>acetic acid otic (ear) solution</i>	Nivel 1	
<i>ciprofloxacin hcl otic (ear) dropperette</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops</i>	Nivel 1	
PREPARADOS ÓTICOS, MISCELÁNEOS, ANTINFECIOSOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
CIPRODEX OTIC (EAR) DROPS,SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	Nivel 3	
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution</i>	Nivel 1	
PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN		
ANTIBIÓTICOS VAGINALES - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	Nivel 1	
<i>vandazole vaginal gel</i>	Nivel 1	
ANTIMICÓTICOS VAGINALES - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>terconazole vaginal cream</i>	Nivel 1	
<i>terconazole vaginal suppository</i>	Nivel 1	
PREPARADOS DE ESTRÓGENO VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol vaginal cream</i>	Nivel 2	
<i>estradiol vaginal tablet</i>	Nivel 2	QL (18 tablets per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (<i>estradiol</i>)	Nivel 3	QL (1 ring per 90 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 3	QL (1 grams per 1 day)
<i>estradiol</i> (Yuvaferm Vaginal Tablet)	Nivel 2	QL (18 tablets per 28 days)
SISTEMA LOCOMOTOR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
OTROS MEDICAMENTOS AUTÓNOMOS/DEL SNC - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>guanidine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	Nivel 2	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>baclofen oral tablet</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>chlorzoxazone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>dantrolene oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>tizanidine oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>tizanidine oral tablet</i>	Nivel 1	
TERAPIA DE LA GOTA Y LA HIPERURICEMIA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
AGENTES URICOSÚRICOS - GOUT DRUGS		
<i>probenecid oral tablet</i>	Nivel 1	
COLCHICINA - GOUT DRUGS		
<i>colchicine oral tablet</i>	Nivel 3	QL (2.3 tablets per 1 day)
COLCRYS ORAL TABLET (<i>colchicine</i>)	Nivel 3	QL (2.3 tablets per 1 day)
COMBINADOS DE COLCHICINA - GOUT DRUGS		
<i>probenecid-colchicine oral tablet</i>	Nivel 1	
TERAPIA PARA HIPERURICEMIA, INHIBIDORES DE PURINA - GOUT DRUGS		
<i>allopurinol oral tablet</i>	Nivel 1	
TERAPIA DEL TRASTORNO COGNITIVO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr</i>	Nivel 2	
<i>galantamine oral solution</i>	Nivel 2	
<i>galantamine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>memantine oral solution</i>	Nivel 2	
<i>memantine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>memantine oral tablets,dose pack</i>	Nivel 3	
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK (<i>memantine</i>)	Nivel 3	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i>	Nivel 2	
TERAPIA DEL TRASTORNO COGNITIVO - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>ergoloid oral tablet</i>	Nivel 2	
TERAPIA GENITOURINARIA - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
AGENTE PARA LA INCONTINENCIA/ANTIESPASMÓDICO PARA TRACTO URINARIO - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>anaspaz oral tablet,disintegrating</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hyoscyamine sulfate oral tablet extended release 12 hr</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr</i>	Nivel 1	
<i>tolterodine oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES ANALGÉSICOS/ANESTÉSICOS PARA TRACTO URINARIO - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>phenazopyridine oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES ANTIBACTERIANOS URINARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>methenamine mandelate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	Nivel 1	
AGENTES INTERSTICIALES DE LA CISTITIS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
ELMIRON ORAL CAPSULE (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	Nivel 3	
AGENTES PARASIMPÁTICOS - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	Nivel 2	
AGENTES URINARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AMMONIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ammonium</i>)	Nivel 3	
DESINTOXICANTES DE SANGRE - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>calcium acetate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/AGENTES MICCIONALES - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr</i>	Nivel 1	
<i>finasteride oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>tadalafil oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (30 tablets per 25 days)
MODIFICADORES DEL PH URINARIO - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>potassium citrate oral tablet extended release</i>	Nivel 2	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

Index

abacavir	12, 13	acetylcysteine	30, 53	amlodipine-valsartan-hcthiazid	21
abacavir-lamivudine	13	acitretin	64	AMMONIUM CHLORIDE.....	19, 85
abacavir-lamivudine-zidovudine ..	13	ACTHIB (PF).....	57	ammonium lactate	65
abiraterone	53	acti-lance lancets	69, 70	Amnesteem.....	65
acamprosate	61	acyclovir	14	amoxapine	32
acarbose	74	ADACEL(TDAP		amoxicillin	12
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL		ADOLESN/ADULT)(PF).....	57	amoxicillin-pot clavulanate	12
SOLN.....	68, 69	adapalene	66	ampicillin	12
ACCU-CHEK AVIVA PLUS		adapalene-benzoyl peroxide	61	anagrelide	39
METER.....	68, 69	adefovir	11	anaspaz	26, 84
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST		ADEMPAS.....	17	anastrozole	53
STRP.....	67, 69	ADVAIR HFA.....	30	APOKYN.....	37
ACCU-CHEK COMP BLUE CONT,		AFINITOR.....	53	apraclonidine	41
M-H.....	68, 69	AFINITOR DISPERZ.....	53	Apri.....	47
ACCU-CHEK COMPACT PLUS		Afirmelle.....	47	APRISO.....	26
CARE.....	68, 69	AFLURIA QD 2019-20(3YR		APTIVUS.....	13
ACCU-CHEK COMPACT PLUS		UP)(PF).....	57	Aranelle (28).....	47
CONTROL.....	68, 69	AFLURIA QD 2019-20(6-		ARANESP (IN POLYSORBATE).....	39
ACCU-CHEK COMPACT PLUS		35MO)(PF).....	57	aripiprazole	33
TEST.....	67, 70	AFLURIA QUAD 2019-20(6MO		ARMOUR THYROID.....	74
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING		UP).....	57	Ascomp With Codeine.....	42
DEV.....	68, 70	AFTERA.....	52	Ashlyna.....	47
ACCU-CHEK GUIDE.....	67, 70	Ak-Poly-Bac.....	40	ASMANEX TWISTHALER.....	28
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE		albuterol sulfate	27	aspirin-dipyridamole	39
METER.....	68, 70	alclometasone	62	atazanavir	13
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CTRL		alendronate	75	atenolol	17
SOL.....	68, 70	ALFERON N.....	67	atenolol-chlorthalidone	22
ACCU-CHEK GUIDE ME		alfuzosin	85	atomoxetine	34
GLUCOSE MTR.....	68, 70	ALINIA.....	11	atorvastatin	22
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET		allopurinol	84	atovaquone-proguanil	15
.....	68, 70	ALOCRI.....	41	Aubra.....	47
ACCU-CHEK NANO.....	68, 70	ALOMIDE.....	41	Aubra Eq.....	47
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS		alprazolam	31, 34	Aurovela 1.5/30 (21).....	47
.....	68, 70	ALTABAX.....	66	Aurovela 1/20 (21).....	47
ACCU-CHEK SMARTVIEW		Altavera (28).....	47	Aurovela 24 Fe.....	47
CONTRL SOL.....	68, 70	Alyacen 1/35 (28).....	47	Aurovela Fe 1.5/30 (28).....	47
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST		Alyacen 7/7/7 (28).....	47	Aurovela Fe 1-20 (28).....	47
STRIP.....	67, 70	Amabelz.....	72	Aviane.....	47
ACCU-CHEK SOFT DEV		amantadine hcl	37	Avidoxy.....	16
LANCETS.....	69, 70	ambrisentan	20	avita	66
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		amcinonide	62	AVONEX.....	81
DEV.....	69, 70	Amethia.....	47	AVONEX (WITH ALBUMIN).....	81
ACCU-CHEK SOFTCLIX		Amethia Lo.....	47	Ayuna.....	47
LANCETS.....	69, 70	Amethyst (28).....	47	azathioprine	39, 46
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amiloride	20	azelaic acid	61, 64
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amiloride-hydrochlorothiazide	20	azelastine	29, 41
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	AMITIZA.....	25	azithromycin	15
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amitriptyline	32	Azurette (28).....	47
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amlodipine	18	bacitracin	40
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amlodipine-atorvastatin	22	bacitracin-polymyxin b	40
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amlodipine-benazepril	22	baclofen	83
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70	amlodipine-valsartan	21	bal-care dha	77
ACCU-CHEK VOICEMATE.....	69, 70				
acebutolol	17				
acetaminophen-codeine	42				
acetazolamide	19				
acetic acid	83				

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

BALCOLTRA.....	47	<i>camrese</i>	48	<i>clarithromycin</i>	15
<i>balsalazide</i>	26	<i>camrese lo</i>	48	<i>cleansing wash</i>	61, 64
Balziva (28).....	47	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> ..	21	<i>clemastine</i>	29
BARACLUDGE.....	11	<i>capecitabine</i>	53	<i>clindamycin hcl</i>	15
Bekyree (28).....	47	CAPRELSA.....	53	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	15
<i>benazepril</i>	21	CARAC.....	67	Clindamycin Pediatric.....	15
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	21	<i>carafate</i>	27	<i>clindamycin phosphate</i>	61, 83
<i>benzonatate</i>	29	CARBAGLU.....	82	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	61
<i>benzoyl peroxide</i>	61	<i>carbamazepine</i>	31	<i>clobetasol</i>	62
<i>benztropine</i>	37	<i>carbidopa</i>	37	<i>clobetasol-emollient</i>	63
BERINERT.....	38	<i>carbidopa-levodopa</i>	37	CLODERM.....	63
BESIVANCE.....	40	<i>carbinoxamine maleate</i>	29	<i>clomipramine</i>	32
<i>betamethasone dipropionate</i>	62	<i>carteolol</i>	42	<i>clonazepam</i>	31, 34
<i>betamethasone valerate</i>	62	Cartia Xt.....	18	<i>clonidine hcl</i>	22
<i>betamethasone, augmented</i>	62	<i>carvedilol</i>	17	<i>clopidogrel</i>	39
<i>betaxolol</i>	17, 41	CAYA CONTOURED.....	67, 70	<i>clotrimazole</i>	66, 81
<i>bethanechol chloride</i>	85	CAYSTON.....	28	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	66
<i>bexarotene</i>	53	Caziant (28).....	48	<i>clozapine</i>	33
BEXSERO.....	57	<i>cefaclor</i>	14	<i>c-nate dha</i>	77
<i>bicalutamide</i>	53	<i>cefadroxil</i>	14	COARTEM.....	15
BIKTARVY.....	13	<i>cefdinir</i>	14	<i>codeine sulfate</i>	42
<i>bimatoprost</i>	41	<i>cefditoren pivoxil</i>	14	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	42
<i>bisoprolol fumarate</i>	17	<i>cefixime</i>	14	<i>codeine-guaifenesin</i>	30
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	22	<i>cefpodoxime</i>	15	<i>colchicine</i>	84
Blisovi 24 Fe.....	48	<i>cefprozil</i>	15	COLCRYS.....	84
Blisovi Fe 1.5/30 (28).....	48	<i>cefuroxime axetil</i>	15	<i>colesevelam</i>	22, 23
Blisovi Fe 1/20 (28).....	48	<i>cephalexin</i>	15	COMETRIQ.....	53, 54
BOOSTRIX TDAP.....	57	CESAMET.....	24, 34	Compazine.....	24, 33
BOSULIF.....	53	<i>cevimeline</i>	81	<i>complete natal dha</i>	77
<i>bp 10-1</i>	61	CHANTIX.....	60	<i>completenate</i>	77
<i>bpo</i>	61	CHANTIX CONTINUING MONTH		Constulose.....	26
Briellyn.....	48	BOX.....	60	CORDRAN TAPE LARGE ROLL.....	63
<i>brimonidine</i>	42	CHANTIX STARTING MONTH		Cormax.....	63
<i>bromocriptine</i>	37	BOX.....	60	<i>cortisone</i>	73
<i>budesonide</i>	25, 28	Chateal (28).....	48	CORTISPORIN.....	66
<i>buprenorphine hcl</i>	61	Chateal Eq (28).....	48	CRIXIVAN.....	13
<i>buprenorphine-naloxone</i>	61	CHEMET.....	53	<i>cromolyn</i>	28, 41
<i>bupropion hcl</i>	36, 60	CHEMSTRIP BG LOG BOOK.....	69, 70	Cryselle (28).....	48
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	60	<i>chlorhexidine gluconate</i>	81	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	77
<i>buspirone</i>	31	<i>chloroquine phosphate</i>	16	Cyclafem 1/35 (28).....	48
Butalbital Compound W/Codeine.....	42	<i>chlorpromazine</i>	33	Cyclafem 7/7/7 (28).....	48
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	42	<i>chlorthalidone</i>	23	<i>cyclobenzaprine</i>	84
<i>butalbital-acetaminophen</i>	43	<i>chlorzoxazone</i>	84	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	46, 54
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	43	<i>chorionic gonadotropin, human</i> ...	73	CYCLOSERINE.....	10
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	42	<i>ciclopirox</i>	66	<i>cyclosporine</i>	39, 46
<i>butorphanol tartrate</i>	42	<i>cilostazol</i>	39	<i>cyclosporine modified</i>	39, 46
<i>cabergoline</i>	72	<i>cimetidine</i>	27	<i>cyproheptadine</i>	29
<i>calcipotriene</i>	64	<i>cimetidine hcl</i>	27	Cyred.....	48
<i>calcipotriene-betamethasone</i>	64	<i>cinacalcet</i>	73	Cyred Eq.....	48
<i>calcitonin (salmon)</i>	73	CIPRODEX.....	83	CYSTADANE.....	82
Calcitrene.....	64	<i>ciprofloxacin hcl</i>	16, 41, 83	DALIRESPI.....	27
<i>calcium acetate</i>	80, 85	<i>cialopram</i>	35	<i>danazol</i>	75
Camila.....	48	Claravis.....	65	<i>dantrolene</i>	84

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

DAPSONE.....	10	<i>doxepin</i>	32, 33	<i>ertapenem</i>	14
<i>dapsone</i>	61	<i>doxycycline hyclate</i>	16, 81	Ery Pads.....	61
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)		<i>doxycycline monohydrate</i>	16	Erygel.....	61
(PF).....	57	<i>drosiprenone-e.estradiol-lm.fa</i>	48	Ery-Tab.....	15
DARAPRIM.....	16	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i>	48	Erythrocin (As Stearate).....	15
Dasetta 1/35 (28).....	48	DROXIA.....	38	<i>erythromycin</i>	15, 41
Dasetta 7/7/7 (28).....	48	DULERA.....	30	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	15
Daysee.....	48	<i>duloxetine</i>	36	<i>erythromycin with ethanol</i>	61
Deblitane.....	48	DYMISTA.....	29	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	61
Delyla (28).....	48	DYRENIUM.....	20	<i>escitalopram oxalate</i>	35
<i>demeclocycline</i>	16	E.E.S. 400.....	15	Estarylla.....	48
<i>dentagel</i>	82	<i>ec-naproxen</i>	46	<i>estradiol</i>	72, 83
<i>desipramine</i>	32	<i>econazole</i>	66	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	72
<i>desloratadine</i>	29	<i>econtra ez</i>	52	ESTRING.....	83
<i>desmopressin</i>	74	<i>econtra one-step</i>	52	<i>ethacrynic acid</i>	20
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	48	EDURANT.....	13	<i>ethambutol</i>	10
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	48	<i>efavirenz</i>	13	<i>ethosuximide</i>	31, 32
<i>desonide</i>	63	EFFER-K.....	80	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	48
<i>desoximetasone</i>	63	<i>effe-k</i>	80	<i>etoposide</i>	54
<i>desvenlafaxine succinate</i>	36	Elinest.....	48	<i>exemestane</i>	54
<i>dexamethasone</i>	73	<i>elite ob with dha</i>	77	EXTAVIA.....	81
<i>dexamethasone intensol</i>	73	ELITE-OB.....	77, 80	<i>extra strength bayer</i>	39, 42
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>elite-ob 400</i>	77	<i>e-z ject lancets</i>	69, 70
<i>phosphate</i>	40	ELLA.....	52	E-Z JECT THIN LANCETS.....	69, 70
<i>dexmethylphenidate</i>	34	ELMIRON.....	85	Falmina (28).....	48
<i>dextroamphetamine</i>	34, 35	EMCYT.....	54	<i>famciclovir</i>	14
<i>dextroamphetamine-</i>		Emoquette.....	48	<i>famotidine</i>	27
<i>amphetamine</i>	34, 35	EMTRIVA.....	13	FARXIGA.....	75
<i>diazepam</i>	31, 34	<i>enalapril maleate</i>	21	FARYDAK.....	54
Diazepam Intensol.....	31, 34	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	21	Fayosim.....	48
<i>diclofenac potassium</i>	46	ENBREL.....	44, 45	<i>fe c plus</i>	80
<i>diclofenac sodium</i>	40, 46, 65	ENBREL MINI.....	44, 45	<i>felbamate</i>	32
<i>dicloxacillin</i>	16	ENBREL SURECLICK.....	44, 45	<i>felodipine</i>	18
<i>dicyclomine</i>	26	Endocet.....	42	FEMCAP.....	68, 70
<i>didanosine</i>	13	<i>enfagrow toddler next step</i>	80	Femynor.....	48
<i>diflorasone</i>	63	ENGERIX-B (PF).....	57	<i>fenofibrate</i>	23
<i>diflunisal</i>	42	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	57	<i>fenofibrate micronized</i>	23
Digox.....	20	<i>enoxaparin</i>	39	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	23
<i>digoxin</i>	20	Enpresse.....	48	<i>fenofibric acid</i>	23
<i>dihydroergotamine</i>	37	Enskyce.....	48	<i>fenofibric acid (choline)</i>	23
<i>diltiazem hcl</i>	18	<i>entacapone</i>	37	<i>fentanyl</i>	42
Dilt-Xr.....	18	Enulose.....	26	<i>fexofenadine</i>	29
<i>diphenhydramine hcl</i>	29, 38	<i>epinastine</i>	41	<i>finasteride</i>	85
<i>diphenoxylate-atropine</i>	25	<i>epinephrine</i>	19	<i>flecainide</i>	20
<i>dipyridamole</i>	39	Epitol.....	31	FLOVENT DISKUS.....	28
<i>diskets</i>	42	EPIVIR HBV.....	11	FLOVENT HFA.....	28
<i>disopyramide phosphate</i>	19	ERBITUX.....	53	FLUAD 2019-2020 (65 YR UP)(PF).....	57
<i>disulfiram</i>	61	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	77	FLUARIX QUAD 2019-2020 (PF)....	57
<i>divalproex</i>	31, 37	<i>ergoloid</i>	84	FLUBLOK QUAD 2019-2020 (PF)...	57
<i>dofetilide</i>	19	<i>ergotamine-caffeine</i>	38	FLUCELVAX QUAD 2019-2020.....	58
<i>dorzolamide</i>	42	ERIVEDGE.....	54	FLUCELVAX QUAD 2019-2020	
<i>dorzolamide-timolol</i>	42	<i>erlotinib</i>	54	(PF).....	58
<i>doxazosin</i>	17	Errin.....	48	<i>fluconazole</i>	12

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

<i>flucytosine</i>	12	GILOTRIF	54	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
<i>fludrocortisone</i>	77	GLEOSTINE	54	ADOL HS	25, 45, 46
FLULAVAL QUAD 2019-2020	58	<i>glimepiride</i>	74	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	76
FLULAVAL QUAD 2019-2020 (PF)	58	<i>glipizide</i>	74	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN ..	76
FLUMIST QUAD 2019-2020	58	<i>glipizide-metformin</i>	74	HUMULIN N NPH INSULIN	
<i>fluocinolone</i>	63	GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT	17	KWIKPEN	76
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	83	GLUCAGEN HYPOKIT	73	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN ..	76
<i>fluocinolone and shower cap</i>	63	GLUCAGON EMERGENCY KIT		HUMULIN R REGULAR U-100	
<i>fluocinonide</i>	63	(HUMAN)	73	INSULN	76
Fluocinonide-E	63	GLUCAGON HCL	17, 73	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>fluocinonide-emollient</i>	63	<i>glyburide</i>	74	INSULIN	76
<i>fluoride (sodium)</i>	82	<i>glyburide-metformin</i>	74	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>fluoridex daily defense</i>	82	<i>glycopyrrolate</i>	26	KWIKPEN	76
<i>fluoritab</i>	82	<i>griseofulvin microsize</i>	12	HYCAMTIN	53
<i>fluorometholone</i>	40	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	12	<i>hydralazine</i>	22
<i>fluorouracil</i>	67	<i>guaiaatussin ac</i>	30	<i>hydrochlorothiazide</i>	23
<i>fluoxetine</i>	35	<i>guaifenesin ac</i>	30	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	42
<i>fluphenazine hcl</i>	33	<i>guanfacine</i>	22	<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i> ...	30
<i>flurandrenolide</i>	63	<i>guanidine</i>	83	<i>hydrocodone-homatropine</i>	30
<i>flutamide</i>	54	Hailey	49	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	42
<i>fluticasone propionate</i>	30, 63	Hailey 24 Fe	49	<i>hydrocortisone</i>	10, 25, 64, 73
<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	30	<i>halcinonide</i>	63	<i>hydrocortisone butyrate</i>	63, 64
<i>fluvastatin</i>	23	<i>halobetasol propionate</i>	63	<i>hydrocortisone butyr-emollient</i>	64
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-20		HALOG	63	<i>hydrocortisone valerate</i>	64
(PF).....	58	<i>haloperidol</i>	33	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	83
FLUZONE QUAD 2019-2020	58	HAVRIX (PF).....	58	<i>hydrocortisone-iodoquinol</i>	66
FLUZONE QUAD 2019-2020 (PF)....	58	Heather	49	<i>hydrocortisone-pramoxine</i>	10
FLUZONE QUAD PEDI 2019-20		HEPLISAV-B (PF).....	58	<i>hydromorphone</i>	42, 43
(PF).....	58	HIBERIX (PF).....	58	<i>hydroxychloroquine</i>	16, 44
<i>folic acid</i>	80	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-		<i>hydroxyurea</i>	54
<i>folivane-ob</i>	77	100	76	<i>hydroxyzine hcl</i>	31
<i>fondaparinux</i>	39	HUMALOG KWIKPEN INSULIN	76	<i>hydroxyzine pamoate</i>	31
FOSAMAX PLUS D	75	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-		<i>hyoscyamine sulfate</i>	26, 85
<i>fosamprenavir</i>	13	100	76	HYQVIA.....	57
<i>fosinopril</i>	21	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	76	<i>ibandronate</i>	75
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	21	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	76	IBRANCE	54
<i>furosemide</i>	20	HUMALOG MIX 75-25(U-		lbu	46
FUZEON	13	100)INSULN	76	<i>ibuprofen</i>	46
G TUSSIN AC	30	HUMALOG U-100 INSULIN	76	<i>ibuprofen-oxycodone</i>	43
<i>gabapentin</i>	32	HUMIRA	25, 45	ICLUSIG	54
<i>galantamine</i>	84	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>imatinib</i>	54
GARDASIL 9 (PF).....	58	START	25, 44, 45	IMBRUVICA.....	54
Gavilyte-C	26	HUMIRA PEN	25, 45	<i>imipramine hcl</i>	33
Gavilyte-G	26	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS		<i>imiquimod</i>	67
Gavilyte-N	26	START	25, 44, 45	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)....	58
<i>gemfibrozil</i>	23	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-		Incassia	49
Generlac	26	ADOL HS	25, 44, 45	<i>indapamide</i>	23
Gengraf.....	40, 46	HUMIRA(CF).....	25, 45, 46	<i>indomethacin</i>	46
Gentak	41	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		INFANRIX (DTAP) (PF).....	58
<i>gentamicin</i>	41	STARTER	25, 45, 46	INLYTA	54
GENVOYA.....	13	HUMIRA(CF) PEN	25, 45, 46	<i>insulin lispro</i>	76
<i>gianvi (28)</i>	49	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-		<i>insulin syringe-needle u-100</i> ...67, 70	
GILENYA.....	81	HS	25, 45, 46	INTELENCE	13

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

INTRON A.....	54	LACRISERT.....	41	LOTEMAX.....	40
Introvale.....	49	<i>lactulose</i>	26	<i>loteprednol etabonate</i>	40
INVIRASE.....	13	<i>lamivudine</i>	13	<i>lovastatin</i>	23
INVOKAMET.....	75	<i>lamivudine-zidovudine</i>	13	Low-Ogestrel (28).....	50
IPOL.....	58	<i>lamotrigine</i>	32	<i>loxapine succinate</i>	33
<i>ipratropium bromide</i>	27	LANOXIN.....	20	Lo-Zumandimine (28).....	50
<i>ipratropium-albuterol</i>	29	<i>lansoprazole</i>	27	<i>ludent fluoride</i>	82
<i>irbesartan</i>	21	LANTUS SOLOSTAR U-100.....		LUMIGAN.....	42
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	21	INSULIN.....	76	LUPANETA PACK (1 MONTH).....	77
ISENTRESS.....	13	LANTUS U-100 INSULIN.....	76	LUPANETA PACK (3 MONTH).....	77
Isibloom.....	49	Larin 1.5/30 (21).....	49	Lutera (28).....	50
<i>isoniazid</i>	10	Larin 1/20 (21).....	49	LYNPARZA.....	55
<i>isosorbide dinitrate</i>	23	Larin 24 Fe.....	49	LYSODREN.....	55
<i>isosorbide mononitrate</i>	23	Larin Fe 1.5/30 (28).....	49	Lyza.....	50
<i>itraconazole</i>	12	Larin Fe 1/20 (28).....	49	<i>malathion</i>	67
<i>ivermectin</i>	12	Larissia.....	49	<i>maprotiline</i>	33
IXIARO (PF).....	59	<i>latanoprost</i>	42	Marlissa (28).....	50
JAKAFI.....	54, 55	<i>layolis fe</i>	49	MATULANE.....	55
Jantoven.....	39	<i>leena 28</i>	49	Matzim La.....	18
JANUMET.....	75	LENVIMA.....	55	MAVYRET.....	11
JANUMET XR.....	75	Lessina.....	49	<i>meclizine</i>	24
JANUVIA.....	75	<i>letrozole</i>	55	<i>meclofenamate</i>	46
JARDIANCE.....	75	<i>leucovorin calcium</i>	55	<i>medroxyprogesterone</i>	50, 72
Jasmiel (28).....	49	LEUKERAN.....	55	<i>mefloquine</i>	16
Jencycla.....	49	<i>leuprolide</i>	55	MEKINIST.....	55
JENTADUETO.....	75	<i>levetiracetam</i>	32	Melodetta 24 Fe.....	50
Jinteli.....	72	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	82	<i>meloxicam</i>	47
<i>jolessa</i>	49	<i>levocetirizine</i>	29	<i>melphalan</i>	55
Juleber.....	49	<i>levofloxacin</i>	16, 41	<i>memantine</i>	84
Junel 1.5/30 (21).....	49	Levonest (28).....	49	MENACTRA (PF).....	59
Junel 1/20 (21).....	49	<i>levonorgestrel</i>	52	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	59
Junel Fe 1.5/30 (28).....	49	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	49, 50	<i>meperidine</i>	43
Junel Fe 1/20 (28).....	49	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	50	<i>mercaptopurine</i>	55
Junel Fe 24.....	49	Levora-28.....	50	<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	26
Kaitlib Fe.....	49	<i>levothyroxine</i>	74	Metadate Er.....	34
KALETRA.....	13	<i>levoxyl</i>	74	<i>metaproterenol</i>	27
Kalliga.....	49	LEXIVA.....	13	<i>metformin</i>	74
KALYDECO.....	28	Lidocaine Viscous.....	81	<i>methadone</i>	43
Kariva (28).....	49	<i>lidocaine-prilocaine</i>	65	Methadone IntenSol.....	43
Kelnor 1/35 (28).....	49	Lillow (28).....	50	<i>methadose</i>	43
Kelnor 1-50.....	49	<i>lindane</i>	67	Methadose.....	43
<i>ketoconazole</i>	12, 66	<i>linezolid</i>	17	<i>methazolamide</i>	19
<i>ketorolac</i>	40, 46	<i>liothyronine</i>	74	<i>methenamine hippurate</i>	11, 85
KINRIX (PF).....	59	<i>lisinopril</i>	22	<i>methenamine mandelate</i>	11, 85
Klor-Con 10.....	80	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	22	<i>methimazole</i>	77
<i>klor-con 8</i>	80	<i>lithium carbonate</i>	37	METHITEST.....	71
Klor-Con M10.....	80	<i>lithium citrate</i>	37	<i>methotrexate sodium</i>	44, 55
Klor-Con M15.....	80	LO LOESTRIN FE.....	50	<i>methoxsalen</i>	64
Klor-Con M20.....	80	<i>lopinavir-ritonavir</i>	13	<i>methscopolamine</i>	26
<i>klor-conlef</i>	80	LOPREEZA.....	72	<i>methyclothiazide</i>	23
Kurvelo (28).....	49	Loryna (28).....	50	<i>methyldopa</i>	22
KUVAN.....	82	<i>losartan</i>	21	<i>methyldopa-hydrochlorothiazide</i>	22
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i>	49	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	21	<i>methylergonovine</i>	77

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

<i>methylphenidate hcl</i>	34, 35	<i>naloxone</i>	53	NORVIR.....	13
<i>methylprednisolone</i>	73	<i>naltrexone</i>	53	NP THYROID.....	74
<i>metipranolol</i>	42	NAMENDA TITRATION PAK.....	84	<i>np thyroid</i>	74
<i>metoclopramide hcl</i>	26	<i>naproxen</i>	47	NUTRAMINE.....	77
<i>metoprolol succinate</i>	17	<i>naproxen sodium</i>	47	NUTROPIN AQ NUSPIN.....	74
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	22	<i>naratriptan</i>	38	NUVARING.....	51
<i>metoprolol tartrate</i>	17	NATAZIA.....	50	Nyamyc.....	66
<i>metronidazole</i>	10, 61, 62, 64, 83	<i>nature-throid</i>	74	<i>nystatin</i>	12, 66, 81
<i>mexiletine</i>	20	Necon 0.5/35 (28).....	50	<i>nystatin-triamcinolone</i>	66
Mibelas 24 Fe.....	50	<i>nefazodone</i>	36	Nystop.....	66
Microgestin 1.5/30 (21).....	50	<i>neomycin</i>	11	<i>obstetrix dha</i>	78
Microgestin 1/20 (21).....	50	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	40	<i>ocella</i>	51
Microgestin Fe 1.5/30 (28).....	50	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ... 41		ODOMZO.....	55
Microgestin Fe 1/20 (28).....	50	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		OFEV.....	28, 55
<i>midodrine</i>	24	<i>dexameth</i>	40	<i>ofloxacin</i>	16, 41, 83
<i>migergot</i>	38	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .. 41		<i>ogestrel (28)</i>	51
Mili.....	50	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	40, 83	<i>olanzapine</i>	33
<i>millipred</i>	73	Neo-Polycin.....	41	<i>olmesartan</i>	21
<i>millipred dp</i>	73	Neo-Polycin Hc.....	40	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> .. 21	
Mimvey.....	72	NESINA.....	75	<i>olopatadine</i>	29, 41
Mimvey Lo.....	72	NEULASTA.....	39	<i>omega 3-dha-epa-fish oil</i>	23
<i>minocycline</i>	16, 44, 65	<i>nevirapine</i>	13	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	20, 23
<i>minoxidil</i>	22	NEXAVAR.....	55	<i>omeprazole</i>	27
<i>mirtazapine</i>	32	<i>niacin</i>	23	<i>ondansetron</i>	24
<i>misoprostol</i>	27	NICOTROL.....	60	<i>ondansetron hcl</i>	24
M-M-R II (PF).....	59	NICOTROL NS.....	61	ONETOUCH DELICA LANC	
<i>mometasone</i>	64	<i>nifedipine</i>	19	DEVICE.....	69, 70
Mono-Linyah.....	50	<i>nighttime sleep aid (diphen)</i> ... 29, 38		ONETOUCH DELICA LANCETS	
<i>montelukast</i>	28, 29	Nikki (28).....	50	69, 70
Morgidox.....	16	<i>nilutamide</i>	55	ONETOUCH ULTRA CONTROL	
<i>morphine</i>	43	<i>nisoldipine</i>	19	69, 70
<i>morphine concentrate</i>	43	<i>nitisinone</i>	82	ONETOUCH ULTRA2 METER.. 69, 70	
MOTOFEN.....	25	Nitro-Bid.....	24	ONETOUCH ULTRAMINI.....	69, 70
MOVIPREP.....	26	<i>nitrofurantoin</i>	10, 85	ONETOUCH ULTRASOFT	
<i>moxifloxacin</i>	41	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> 10, 85		LANCETS.....	69, 71
MULTAQ.....	20	<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst</i>		ONETOUCH VERIO.....	67, 71
<i>multivitamin with fluoride</i>	80	10, 85	ONETOUCH VERIO FLEX.....	69, 71
<i>multi-vitamin with fluoride</i>	80	<i>nitroglycerin</i>	24	ONETOUCH VERIO HIGH	
<i>multivitamins with fluoride</i>	80	Nitro-Time.....	24	CONTROL.....	69, 71
<i>mupirocin</i>	66	<i>nora-be</i>	50	ONETOUCH VERIO IQ METER 69, 71	
<i>mvc-fluoride</i>	80	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> 50		ONETOUCH VERIO MID	
<i>my choice</i>	52	<i>norethindrone (contraceptive)</i> 50		CONTROL.....	69, 71
<i>my way</i>	52	<i>norethindrone acetate</i>	72	ONETOUCH VERIO SYSTEM.. 69, 71	
<i>mycophenolate mofetil</i>	40, 46	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> 50		ONGLYZA.....	75
<i>mycophenolate sodium</i>	40	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> 50		<i>opcicon one-step</i>	52
MYLERAN.....	55	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> 50		<i>option-2</i>	52
<i>mynatal</i>	77	Norlyda.....	50	Oracea.....	16, 65
<i>mynatal advance</i>	77	Norlyroc.....	50	Oralone.....	81
<i>mynatal plus</i>	78	Nortrel 0.5/35 (28).....	50	ORENCIA.....	44
<i>mynatal-z</i>	78	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	51	ORENCIA (WITH MALTOSE).....	44
<i>mynate 90 plus</i>	78	Nortrel 1/35 (28).....	51	ORENCIA CLICKJECT.....	44
<i>nabumetone</i>	47	Nortrel 7/7/7 (28).....	51	ORFADIN.....	82
<i>nadolol-bendroflumethiazide</i> 22		<i>nortriptyline</i>	33	Orsythia.....	51

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

<i>oseltamivir</i>	14	<i>podofilox</i>	65	PROAIR RESPICLICK.....	27
OSMOPREP.....	26	Polycin.....	41	<i>probenecid</i>	84
<i>oxandrolone</i>	73	<i>polyethylene glycol 3350</i>	27	<i>probenecid-colchicine</i>	84
<i>oxcarbazepine</i>	32	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	41	Procentra.....	35
<i>oxybutynin chloride</i>	85	POMALYST.....	55	<i>prochlorperazine maleate</i>	24, 33
<i>oxycodone</i>	43	Portia 28.....	51	Proctosol Hc.....	10, 64
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	43	<i>potassium chloride</i>	80	Proctozone-Hc.....	10, 64
<i>oxycodone-aspirin</i>	43	<i>potassium citrate</i>	85	<i>progesterone micronized</i>	72
<i>oxymorphone</i>	43	<i>potassium citrate-citric acid</i>	85	PROMACTA.....	38
OZEMPIC.....	72	<i>pr natal 400</i>	78	<i>promethazine</i>	24, 29
<i>paricalcitol</i>	82	<i>pr natal 400 ec</i>	78	Promethazine Vc.....	30
Paroex Oral Rinse.....	81	<i>pr natal 430</i>	78	<i>promethazine-codeine</i>	30
<i>paromomycin</i>	11	<i>pr natal 430 ec</i>	78	<i>promethazine-dm</i>	29
<i>paroxetine hcl</i>	35	<i>pramipexole</i>	37	<i>promethazine-phenyleph- codeine</i>	30
PEDIARIX (PF).....	59	<i>pravastatin</i>	23	<i>promethazine-phenylephrine</i>	30
PEDVAX HIB (PF).....	59	<i>praziquantel</i>	12	Promethegan.....	24, 29
<i>peg 3350-electrolytes</i>	26	<i>prazosin</i>	17	<i>propafenone</i>	20
<i>peg-3350 with flavor packs</i>	27	<i>prednicarbate</i>	64	<i>propranolol</i>	17
PEGANONE.....	32	<i>prednisolone</i>	73	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> ...	22
PEGASYS.....	11	<i>prednisolone acetate</i>	40	<i>propylthiouracil</i>	77
PEGASYS PROCLICK.....	11	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	40, 73	PROQUAD (PF).....	59
<i>peg-electrolyte soln</i>	27	<i>prednisone</i>	73	<i>protriptyline</i>	33
PEGINTRON.....	11	<i>prednisone intensol</i>	73	PROVENTIL HFA.....	27
<i>peg-prep</i>	27	PREMARIN.....	72, 83	<i>prudoxin</i>	65
<i>penicillamine</i>	44, 53	PREMPHASE.....	72	PULMICORT FLEXHALER.....	29
<i>penicillin v potassium</i>	16	PREMPRO.....	72	<i>pyrazinamide</i>	10
PENTACEL (PF).....	59	<i>prenaisance</i>	78	<i>pyridostigmine bromide</i>	83
PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF).....	59	<i>prenaisance plus</i>	78	QUADRACEL (PF).....	59
<i>pentoxifylline</i>	38	<i>prenatabs fa</i>	78	<i>quetiapine</i>	33
Periogard.....	81	<i>prenatabs rx</i>	78	<i>quinapril</i>	22
<i>permethrin</i>	67	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	78	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	22
<i>perphenazine</i>	33	<i>prenatal low iron</i>	78	<i>quinidine sulfate</i>	20
Phenadoz.....	24, 29	<i>prenatal multivitamins</i>	78	<i>quinine sulfate</i>	16
<i>phenazopyridine</i>	85	PRENATAL ONE DAILY.....	78	RABAVERT (PF).....	59
<i>phenelzine</i>	37	<i>prenatal plus</i>	78	<i>raloxifene</i>	75
<i>phenobarbital</i>	32, 38	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	78	<i>ramipril</i>	22
<i>phenoxybenzamine</i>	17	<i>prenatal vitamin</i>	78	<i>ranitidine hcl</i>	27
<i>phenytoin sodium extended</i>	32	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	78	<i>rasagiline</i>	37
Philith.....	51	<i>prenatal-u</i>	78	REBIF (WITH ALBUMIN).....	81
PHOSPHOLINE IODIDE.....	42	<i>preplus</i>	78	REBIF REBIDOSE.....	81
<i>pimecrolimus</i>	67	PREVIDENT.....	82	REBIF TITRATION PACK.....	81
<i>pimozide</i>	33	PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS.....	82	Reclipsen (28).....	51
Pimtreea (28).....	51	PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT.....	82	RECOMBIVAX HB (PF).....	59
<i>pioglitazone</i>	74	Previfem.....	51	RELENZA DISKHALER.....	14
Pirmella.....	51	PREVNAR 13 (PF).....	59	RESCRIPTOR.....	13
PLAN B ONE-STEP.....	52	PREZISTA.....	13	REVLIMID.....	55
PLEGRIDY.....	81	PRIFTIN.....	10	Ribasphere.....	11
PNEUMOVAX 23.....	59	PRIMAQUINE.....	16	<i>ribasphere</i>	11
<i>pnv ob+dha</i>	78	<i>primidone</i>	32	Ribasphere Ribapak.....	11
<i>pnv-dha + docusate</i>	78	PROAIR HFA.....	27	<i>ribavirin</i>	11
<i>pnv-ferrous fumarate-docu-fa</i>	78			RIDAURA.....	44
<i>pnv-omega</i>	78			<i>rifabutin</i>	11

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

<i>rifampin</i>	11	Sorine.....	18, 20	Tencon.....	43
RIFATER.....	11	sotalol	18, 20	TENIVAC (PF).....	60
<i>rimantadine</i>	14	Sotalol Af.....	18, 20	tenofovir disoproxil fumarate	11, 14
<i>risedronate</i>	75	spinosad	67	terazosin	17
<i>risperidone</i>	33	SPIRIVA RESPIMAT.....	28	terbinafine hcl	12
<i>ritonavir</i>	13	SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	28	terconazole	83
<i>rivastigmine tartrate</i>	84	spironolactone	19	testosterone	71, 72
RIVELSA.....	51	Sprintec (28).....	51	testosterone cypionate	71
<i>rizatriptan</i>	38	SPRYCEL.....	56	TETANUS,DIPHThERIA TOX	
<i>ropinirole</i>	37	Sps (With Sorbitol).....	79	PED(PF).....	60
Rosadan.....	62, 65	sps (with sorbitol)	79	tetracycline	16
rosuvastatin	23	Sronyx.....	51	THALOMID.....	10, 56
ROTARIX.....	59	ssd	65	Theochron.....	31
ROTATEQ VACCINE.....	59	sss 10-5	62, 66	theophylline	31
salicylic acid	65	stavudine	13	thinpro insulin syringe	67, 71
salvax	65	STIVARGA.....	56	thioridazine	33
SANDOSTATIN LAR DEPOT....	24, 72	STRIBILD.....	14	thiothixene	33
SAVELLA.....	36	sucralfate	27	tiagabine	32
scopolamine base	24	sulfacetamide sodium	41, 65	Tilia Fe.....	51
selegiline hcl	37	sulfacetamide sodium (acne)	62	timolol maleate	18, 42
selenium sulfide	65	sulfacetamide sodium-sulfur ..	62, 66	TIVICAY.....	14
SELZENTRY.....	13	sulfacetamide sod-sulfur-urea	62, 65	tizanidine	84
se-natal 19	78	sulfacetamide-prednisolone	40	tl-select	78
se-natal 19 (with docusate)	78	sulfacetamide-sulfur-cleansr23	62	tobramycin	41
SEREVENT DISKUS.....	27	sulfadiazine	12	tobramycin in 0.225 % nacl	28
sertraline	35	sulfamethoxazole-trimethoprim ...	16	tobramycin-dexamethasone	40
Setlakin.....	51	sulfasalazine	26, 44	tolbutamide	74
sevelamer carbonate	85	sulfatrim	16	tolterodine	85
sf	82	sulindac	47	topiramate	32
Sharobel.....	51	sumatriptan succinate	38	toremifene	56
SHINGRIX (PF).....	60	SUPRAX.....	15	torsemide	20
SHINGRIX ADJUVANT		SUTENT.....	56	TRADJENTA.....	75
COMPONENT-PF.....	10	Syeda.....	51	tramadol	43
SHINGRIX GE ANTIGEN		SYMBICORT.....	30	trandolapril	22
COMPONENT.....	60	SYMJEPI.....	19	trandolapril-verapamil	22
SILENOR.....	38	SYNJARDY.....	75	tranexamic acid	38
silver sulfadiazine	65	SYNTHROID.....	74	tranylcypromine	37
Simliya (28).....	51	TABLOID.....	56	TRAVATAN Z.....	42
Simpesse.....	51	tacrolimus	67	trazodone	36
SIMPONI.....	25, 45, 46	tadalafil	20, 82, 85	treprostinil sodium	17
SIMPONI ARIA.....	45, 46	tadalafil (antihypertensive)	20	tretinoin	66
simvastatin	23	TAFINLAR.....	56	tretinoin (chemotherapy)	56
sirrolimus	40	TAKE ACTION.....	52	tretinoin (emollient)	66
SIRTURO.....	11	tamoxifen	56	Tri Femynor.....	51
SLYND.....	51	Tarina 24 Fe.....	51	triadvance	78
sodium chloride	79, 80	Tarina Fe 1/20 (28).....	51	triamcinolone acetonide	64, 81
sodium chloride 0.45 %	79	Tarina Fe 1-20 Eq (28).....	51	triamterene	20
sodium chloride 0.9 %	77, 79	taron-c dha	78	triamterene-hydrochlorothiazid	20
sodium chloride 3 %	79	taron-prex prenatal-dha	78	Trianex.....	64
sodium chloride 5 %	79	TASIGNA.....	56	Triderm.....	64
sodium phenylbutyrate	82	TAYTULLA.....	51	trientine	53
sodium polystyrene sulfonate	79	Taztia Xt.....	19	Tri-Estarylla.....	51
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	11	temozolomide	56	trifluoperazine	33

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 1 de octubre de 2019

<i>trihexyphenidyl</i>	37	VEREGEN.....	67	YF-VAX (PF).....	60
Tri-Legest Fe.....	51	Veripred 20.....	73	Yuvaferm.....	83
Tri-Linyah.....	51	Vicodin Es.....	43	zaleplon	38
Tri-Lo-Estarylla.....	51	Vicodin Hp.....	43	Zarah.....	52
Tri-Lo-Marzia.....	51	VICTOZA 2-PAK.....	72	zatean-pn dha	79
Tri-Lo-Mili.....	51	VICTOZA 3-PAK.....	72	zatean-pn plus	79
Tri-Lo-Sprintec.....	52	Vienna.....	52	Zebutal.....	44
Trilyte With Flavor Packets.....	27	vinacal	79	ZELBORAF.....	56
trimethobenzamide	24	vinate care	79	Zenatane.....	65
trimethoprim	16	vinate gt	79	ZENPEP.....	26
Tri-Mili.....	52	vinate ii	79	Zenzedi.....	34, 35
trimipramine	33	vinate m	79	zidovudine	14
trinatal rx 1	78	vinate one	79	zingiber	79
trinate	78	vinate pn care	79	ziprasidone hcl	33
triple vitamin with fluoride	80	vinate ultra	79	ZIRGAN.....	41
Tri-Previfem (28).....	52	Viorele (28).....	52	ZOLINZA.....	56
Tri-Sprintec (28).....	52	VIRACEPT.....	14	zonisamide	32
TRIUMEQ.....	14	VIREAD.....	11, 14	ZOSTAVAX (PF).....	60
triveen-duo dha	78	VIRT-NATE DHA.....	79	Zovia 1/35E (28).....	52
triveen-one	79	virt-pn dha	79	Zumandimine (28).....	52
triveen-prx rnf	79	virt-pn plus	79	ZYDELIG.....	56
tri-vitamin with fluoride	80	virtussin ac	30	ZYKADIA.....	57
tri-vite with fluoride	80	vitafol-ob	79	ZYTIGA.....	57
Trivora (28).....	52	Vitamin D2.....	77		
Tri-Vylibra.....	52	vitamins a,c,d and fluoride	80		
Tri-Vylibra Lo.....	52	VIVOTIF.....	60		
TRULICITY.....	72	VOTRIENT.....	56		
TRUMENBA.....	60	vp-ch plus	79		
trust natal dha	79	vp-ch-pnv	79		
TRUVADA.....	14	Vyfemla (28).....	52		
Tulana.....	52	Vylibra.....	52		
TUZISTRA XR.....	30	VYVANSE.....	34		
TWINRIX (PF).....	60	warfarin	39		
Tydemy.....	52	Wera (28).....	52		
TYKERB.....	56	westhroid	74		
TYPHIM VI.....	60	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60... 68, 71			
TYZINE.....	31	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65... 68, 71			
unithroid	74	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70... 68, 71			
valacyclovir	14	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75... 68, 71			
valproic acid	32	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80... 68, 71			
valproic acid (as sodium salt)	32	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85... 68, 71			
valsartan	21	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90... 68, 71			
valsartan-hydrochlorothiazide	21	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95... 68, 71			
vancomycin	17	Wixela Inhub.....	30		
vandazole	83	WP THYROID.....	74		
VAQTA (PF).....	60	Wymzya Fe.....	52		
VARIVAX (PF).....	60	XALKORI.....	56		
Velivet Triphasic Regimen (28).....	52	XIGDUO XR.....	75, 76		
vena-bal dha	79	XIIDRA.....	40		
venlafaxine	36	XOFLUZA.....	15		
VENTAVIS.....	17	XOPENEX HFA.....	27		
VENTOLIN HFA.....	27	XTANDI.....	56		
verapamil	18, 19	xulane	52		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **\$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

La mayoría de los planes incluyen nuestro práctico programa de envío a domicilio sin costos adicionales para el afiliado. Puedes obtener más información en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) o llamando al 866-297-1013.

Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia, inicia sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca).

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

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



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

Rev. 1/19