

## 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.

Anthem Platinum PPO/Select PPO 20/10%  
 Anthem Platinum PPO/Select PPO 15/250/10%  
 Anthem Platinum PPO/Select PPO 5/250/15%  
 Anthem Platinum PPO 5/250/15% WH  
 Anthem Platinum Select PPO 15/10%  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 20/30%  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 30/500/20%  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 35/500/25%  
 Anthem Gold PPO 35/500/25% WH  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 30/750/20%  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 35/1000/20%  
 Anthem Gold PPO 35/1000/20% WH  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 5/1500/30%  
 Anthem Gold Select PPO 25/350/20%  
 Anthem Gold PPO/Select PPO 30/60/500/20%  
 Anthem Gold Select PPO 25/1000/25%  
 Anthem Gold Select PPO 30/1200/25%  
 Anthem Silver PPO/Select PPO 45/1750/40%  
 Anthem Silver PPO 45/1750/40% WH  
 Anthem Silver PPO/Select PPO 50/2200/40%  
 Anthem Silver PPO/Select PPO 55/2500/45%  
 Anthem Silver PPO 55/2500/45% WH  
 Anthem Silver Select PPO 50/2250/30%  
 Anthem Silver PPO/Select PPO 50/1700/40%  
 Anthem Silver EPO 50/2200/35%  
 Anthem Silver PPO/Select PPO 2000/30% w/HSA – RxC  
 Anthem Silver PPO/Select PPO 2500/35% w/HSA PrevRx  
 Anthem Silver EPO 2000/30% w/HSA

Anthem Bronze PPO/Select PPO 75/7300/40%  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 60/6350/40%  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 4600/50%  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 40/5600/40%  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 70/6600/35%  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 5600/45% w/HSA  
 Anthem Bronze PPO 5600/45% w/HSA WH  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 6600/0% w/HSA  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 6950/0% w/HSA  
 Anthem Bronze PPO 6950/0% w/HSA WH  
 Anthem Bronze Select PPO 7000/0% w/HSA  
 Anthem Bronze EPO 65/5600/40%  
 Anthem Bronze PPO/Select PPO 5800/35% w/HSA  
 Anthem Platinum HMO/Select/Priority Select HMO 20  
 Anthem Platinum HMO/Select/Priority Select HMO 25  
 Anthem Platinum Select HMO 20/40  
 Anthem Gold HMO/Select/Priority Select HMO 30  
 Anthem Gold HMO/Select HMO 30/55  
 Anthem Gold HMO/Select/Priority Select HMO 35  
 Anthem Gold HMO/Select/Priority Select HMO 35/700/20%  
 Anthem Gold HMO/Select/Priority Select HMO 35/1250/20%  
 Anthem Silver HMO/Select/Priority Select HMO 55  
 Anthem Silver HMO/Select/Priority Select HMO 55/2250/45%  
 Anthem Silver HMO/Select HMO 60/2200/45%

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio [anthem.com/ca](http://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](http://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](http://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.

Lista de medicamentos selectos de California 2021

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION .....	5
ADYUVANTES FARMACÉUTICOS .....	12
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS .....	12
AGENTES ANSIOLÍTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	13
AGENTES ANTIANGINOSOS - DRUGS FOR THE HEART .....	13
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES - DRUGS FOR THE LUNGS .....	14
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	16
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES .....	17
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES .....	17
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES - DRUGS FOR INFECTIONS .....	17
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	18
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS - DRUGS FOR THE HEART .....	20
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - BIOLOGICAL AGENTS .....	21
AGENTES DERMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE SKIN .....	21
AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	28
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS - HORMONES .....	28
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	30
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM .....	31
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE BLOOD .....	32
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - DRUGS FOR NUTRITION .....	32
AGENTES HEMOSTÁTICOS - DRUGS FOR THE BLOOD .....	33
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - DRUGS FOR THE NOSE .....	33
AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE .....	34
AGENTES ÓTICOS - DRUGS FOR THE EAR .....	36
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT .....	37
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES .....	38
AGENTES PARA LA GOTA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	38
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	39
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR THE LUNGS .....	41
AGENTES TIROIDEOS - HORMONES .....	41
AMINOGLUCÓSIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	42
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	42
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	45
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	45
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - HORMONES .....	47
ANTIARRÍTMICOS - DRUGS FOR THE HEART .....	48
ANTICOAGULANTES - DRUGS FOR THE BLOOD .....	48
ANTICONCEPTIVOS - DRUGS FOR WOMEN .....	49
ANTICONVULSIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	57
ANTIDEPRESIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	59
ANTIDIABÉTICOS - HORMONES .....	61
ANTIDIARRÉICOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	65
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING .....	65
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING .....	65
ANTIEMÉTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	65
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM .....	66
ANTIHelmínticos - DRUGS FOR INFECTIONS .....	66
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - DRUGS FOR THE HEART .....	66
ANTIHIPERTENSIVOS - DRUGS FOR THE HEART .....	67
ANTIHISTAMÍNICOS - DRUGS FOR THE LUNGS .....	70
ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	71
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS - DRUGS FOR CANCER .....	71
ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	77
ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	77
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM ..	78
ANTIVIRALES - DRUGS FOR INFECTIONS .....	78

BETABLOQUEADORES - DRUGS FOR THE HEART .....	83
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR THE HEART .....	84
CARDIOTÓNICOS - DRUGS FOR THE HEART .....	86
CEFALOSPORINAS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	86
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS - VITAMINS AND MINERALS .....	87
CLASES VARIADAS - VITAMINS AND MINERALS .....	87
CORTICOESTEROIDES - HORMONES .....	88
DISPOSITIVOS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT .....	89
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT .....	96
DIURÉTICOS - DRUGS FOR THE HEART .....	97
ESTRÓGENOS - HORMONES .....	98
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	98
HIPNÓTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	99
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	99
LAXANTES - DRUGS FOR THE STOMACH .....	100
MACRÓLIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	101
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA - DRUGS FOR THE LUNGS .....	101
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	102
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	103
MINERALES Y ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION .....	104
MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION .....	105
OXITÓCICOS - HORMONES .....	109
PENICILINAS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	109
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO .....	110
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION .....	110
PRODUCTOS DIGESTIVOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	112
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	112
PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN .....	113
PROGESTINAS - HORMONES .....	113
SULFONAMIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	114
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTILOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	114
TETRACICLINAS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	116
TOXOIDES - BIOLOGICAL AGENTS .....	116
VACUNAS - BIOLOGICAL AGENTS .....	117
VASOPRESORES - DRUGS FOR THE HEART .....	120
VITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION .....	120

## 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**.

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

- 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**.

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

- 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.

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

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](https://www.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.covermymeds.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 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](http://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.<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

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.

<sup>1</sup> 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.

## CURRENT AS OF 12/1/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ADYUVANTES FARMACÉUTICOS</b>		
<b>VEHÍCULOS ORALES</b>		
FLAVOR BLEND ORAL SUSPENSION ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
<i>flavor plus oral liquid</i>	Nivel 2	
<i>flavor sweet oral syrup</i>	Nivel 2	
<i>flavor sweet-sf oral syrup</i>	Nivel 2	
PCCA SWEET-SF ORAL SYRUP ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
PCCA SYRUP VEHICLE ORAL SYRUP ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
PCCA-PLUS ORAL SUSPENSION ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
<i>raspberry syrup oral syrup</i>	Nivel 2	
<i>simple syrup oral syrup</i>	Nivel 2	
SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET ORAL SUSPENSION ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET ORAL SUSPENSION ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
<i>suspension vehicle oral suspension</i>	Nivel 2	
SYRPALTA (RED) ORAL SYRUP ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
<i>syrpalta oral syrup</i>	Nivel 2	
SYRSPEND SF PH4 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
<i>syrup vehicle oral syrup</i>	Nivel 2	
<i>syrup vehicle sf oral syrup</i>	Nivel 2	
VERSAFREE ORAL SYRUP ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
VERSAPLUS ORAL SYRUP ( <i>oral vehicles</i> )	Nivel 2	
<b>AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<b>ANESTÉSICOS/ESTEROIDES RECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine rectal cream</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine-hydrocortisone ace rectal gel</i>	Nivel 3	
<i>lidocaine-hydrocortisone ace rectal kit</i>	Nivel 1	
<i>pramcort rectal cream</i>	Nivel 1	
<b>ESTEROIDES INTRARRECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>hydrocortisone</i> (Colocort Rectal Enema)	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	Nivel 1	
<b>ESTEROIDES RECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>hydrocortisone acetate</i> (Hemmorex-Hc Rectal Suppository)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone rectal cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc Rectal Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Pak External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Pak Rectal Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc Rectal Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc Rectal Cream)	Nivel 1	
<b>AGENTES ANSIOLÍTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGENTES ANSIOLÍTICOS VARIOS - DRUGS FOR ANXIETY</b>		
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>buspirone hcl oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	QL (100 mL per 1 day)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<b>BENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>alprazolam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate)	Nivel 1	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral concentrate</i>	Nivel 1	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>NITRATOS - DRUGS FOR ANGINA</b>		
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isochron Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	Nivel 1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT ( <i>nitroglycerin</i> )	Nivel 2	
<i>nitroglycerin er oral capsule extended release</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual aerosol solution</i>	Nivel 2	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	Nivel 2	
NITRO-TIME ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE ( <i>nitroglycerin</i> )	Nivel 1	
<b>AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	Nivel 2	
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LEUCOTRIENO - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>montelukast sodium oral packet</i>	Nivel 1	QL (1 packet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>BETA AGONISTAS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ALBUTEROL SULFATE HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	Nivel 1	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	Nivel 1	QL (360 mL per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%, 2.5 mg/0.5ml</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	Nivel 1	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>metaproterenol sulfate oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>metaproterenol sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>salmeterol xinafoate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<b>BRONCODILATADORES - ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 30 days)
SPIRIVA HANDHALER INHALATION CAPSULE ( <i>tiotropium bromide monohydrate</i> )	Nivel 3	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>tiotropium bromide monohydrate</i> )	Nivel 3	QL (1 inhaler 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>COMBINACIÓN DE ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	Nivel 2	QL (3 inhalers per 30 days)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT ( <i>mometasone furo-formoterol fum</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated</i>	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	Nivel 2	QL (540 mL per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
<b>INHALANTES DE ESTEROIDES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (7 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	Nivel 1	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST ( <i>fluticasone propionate (inhal)</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST ( <i>fluticasone propionate (inhal)</i> )	Nivel 2	QL (4 inhalers per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 44 MCG/ACT ( <i>fluticasone propionate hfa</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 220 MCG/ACT ( <i>fluticasone propionate hfa</i> )	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>budesonide</i> )	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
QVAR INHALATION AEROSOL SOLUTION 40 MCG/ACT ( <i>beclomethasone dipropionate</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT ( <i>beclomethasone dipropionate</i> )	Nivel 2	QL (2 inhalers 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) SELECTIVOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
DALIRESP ORAL TABLET ( <i>roflumilast</i> )	Nivel 3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>XANTINAS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
THEOCHRON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG ( <i>theophylline</i> )	Nivel 1	
<i>theophylline</i> (Theochron Oral Tablet Extended Release 12 Hour 300 Mg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline oral solution</i>	Nivel 1	QL (112.5 mL per 1 day)
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS</b>		
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>methenamine mandelate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	Nivel 1	QL (14 capsules per 1 fill)
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	Nivel 1	QL (80 mL per 1 day)
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES - ANTIBIOTICS</b>		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> (Sulfatrim Pediatric Oral Suspension)	Nivel 1	
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>metronidazole oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>trimethoprim oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>AGENTES ANTIPROTOZOARIOS - DRUGS FOR PARASITES</b>		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>nitazoxanide</i> )	Nivel 3	QL (180 mL per 1 fill)
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 fill)
<b>AGENTES LEPROSTÁTICOS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>dapsone 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>CARBAPENEMAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	
INVANZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>ertapenem sodium</i> )	Nivel 3	
<b>GLUCOPÉPTIDOS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<b>LINCOSAMIDAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (12 capsules per 1 day)
<i>clindamycin hcl oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (8 capsules per 1 day)
<i>clindamycin hcl oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	
<b>MONOBACTÁMICOS - ANTIBIOTICS</b>		
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>aztreonam lysine</i> )	Nivel 4	SP; LD; QL (84 vials per 28 days)
<b>OXAZOLIDONAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (28 tablets per 30 days)
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<i>guanidine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIALES - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIALES - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cycloserine oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>isoniazid oral syrup</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 12/01/2021

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	
SIRTURO ORAL TABLET ( <i>bedaquiline fumarate</i> )	Nivel 3	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUBERCULOSOS - ANTIBIOTICS</b>		
RIFATER ORAL TABLET ( <i>isoniazid-rifamp-pyrazinamide</i> )	Nivel 3	
<b>AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁCOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGENTES ANTIMANIÁCOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	DO
<i>lithium oral solution</i>	Nivel 2	
<b>ANTIPSORIÁSICOS - VARIOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<b>BENZISOXAZOLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>risperidone</i> (Risperidone M-Tab Oral Tablet Dispersible 0.5 Mg, 1 Mg, 2 Mg)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>risperidone</i> (Risperidone M-Tab Oral Tablet Dispersible 3 Mg, 4 Mg)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (8 mL per 1 day)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<b>BENZODIACEPINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>BUTIROFENONAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	PA; 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<b>DERIVADOS DE LAS QUINOLEÍNAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>aripiprazole oral solution</i>	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>DIBENZODIAZEPÍNICOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>DIBENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<b>DIBENZOXAZEPINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>loxapine succinate oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<b>FENOTIAZINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	PA; QL (8 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	Nivel 1	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>perphenazine oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>prochlorperazine maleate 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>thioridazine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<b>TIOXANTENOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>thiothixene oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<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
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET ( <i>riociguat</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day)
<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>alyq oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 tablet per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 SELECTIVO DEL GUANOSÍN MONOFOSFATO CÍCLICO (CGMP) - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<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)
<b>VASODILADORES DE LA PROSTAGLANDINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>treprostinil injection solution</i>	Nivel 4	PA; SP
<i>treprostinil sodium injection solution</i>	Nivel 4	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VENTAVIS INHALATION SOLUTION ( <i>iloprost</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (9 mL per 1 day)
<b>AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - COMBINACIONES - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT ( <i>immune globulin-hyaluronidase</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>diclofenac sodium external gel</i>	Nivel 2	QL (1000 grams per 30 days)
<i>diclofenac sodium transdermal gel</i>	Nivel 2	QL (1000 grams per 30 days)
<b>AGENTES PARA ARRUGAS FACIALES - RETINOIDES - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>tretinoin (emollient) external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (40 grams per 30 days)
<b>AGENTES PARA ROSÁCEA - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>azelaic acid external gel</i>	Nivel 2	QL (50 grams per 30 days)
<i>doxycycline oral capsule delayed release</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>metronidazole external cream</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Nivel 1	QL (55 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	Nivel 1	QL (59 mL per 30 days)
<i>metronidazole</i> (Rosadan External Cream)	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole</i> (Rosadan External Gel)	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<b>AGENTES QUEROTOLÍTICOS/ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>podofilox external solution</i>	Nivel 1	QL (7 mL per 28 days)
<i>salicylic acid</i> (Salacyn External Cream)	Nivel 1	
<i>salicylic acid</i> (Salacyn External Lotion)	Nivel 1	
<i>salicylic acid external cream</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid external liquid</i>	Nivel 1	
<i>salicylic acid-cleanser external kit</i>	Nivel 1	
<b>ANTIBIÓTICOS PARA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin Etz External Swab)	Nivel 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin-P External Swab)	Nivel 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	Nivel 1	QL (75 ml/gm 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	Nivel 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	Nivel 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	Nivel 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>dapsone external gel</i>	Nivel 2	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	Nivel 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>erythromycin external gel</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external pad</i>	Nivel 1	QL (2 pads per 1 day)
<i>erythromycin external solution</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	Nivel 1	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ALTABAX EXTERNAL OINTMENT ( <i>retapamulin</i> )	Nivel 3	QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin external ointment</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 1 fill)
<b>ANTIMETABOLITOS ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>fluorouracil external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (40 grams per 365 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	Nivel 1	PA; QL (10 ML per 365 days)
<b>ANTIMICÓTICOS - COMBINACIONES TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>corti-sav external cream</i>	Nivel 1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<b>ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>clotrimazole af external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
CLOTRIMAZOLE GRX EXTERNAL CREAM ( <i>clotrimazole</i> )	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>cvs clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>cvs clotrimazole external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	Nivel 1	QL (85 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	Nivel 1	QL (100 grams 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ketoconazole external shampoo</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>kp clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM ( <i>clotrimazole</i> )	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>qc clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>ra clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>tgt clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>ciclopirox external gel</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	Nivel 1	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	Nivel 1	QL (90 grams per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nyamyc External Powder)	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder)	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<b>ANTIPRURIGINOSOS - SISTÉMICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>acitretin oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>methoxsalen oral capsule</i>	Nivel 2; OC	SP
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	Nivel 2; OC	SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 vial per 84 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 syringe per 84 days)
<b>ANTIPSORIÁSICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>calcipotriene external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcipotriene</i> (Calcitrene External Ointment)	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<b>COMBINACIONES ANESTÉSICAS TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	Nivel 1	QL (1 gram per 1 day)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	Nivel 1	QL (1 kit 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS CON ESTEROIDES - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
CORTISPORIN EXTERNAL OINTMENT ( <i>bacit-poly-neo hc</i> )	Nivel 3	
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	Nivel 1	QL (400 grams per 28 days)
<b>COMBINACIONES PARA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel</i>	Nivel 2	QL (45 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	Nivel 1	QL (46.6 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium-sulfur</i> (Cerisa Wash External Emulsion)	Nivel 1	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sod-sulfur wash external liquid</i>	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-sulfur in urea external gel</i>	Nivel 1	
<i>sulfamez wash external emulsion</i>	Nivel 1	
<b>CORTICOESTEROIDES - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>ala-cort external cream</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>amcinonide external lotion</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>amcinonide external ointment</i>	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> (Beser External Lotion)	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>clobetasol prop emollient base external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam</i>	Nivel 1	QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	Nivel 1	QL (118 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	Nivel 1	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	Nivel 1	QL (50 mL per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	Nivel 1	QL (90 grams per 30 days)
<i>clocortolone pivalate pump external cream</i>	Nivel 1	QL (90 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> (Cormax Scalp Application External Solution)	Nivel 1	QL (50 mL per 30 days)
<i>desonide external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>desonide external lotion</i>	Nivel 1	QL (118 mL per 30 days)
<i>desonide external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external cream</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external gel</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	Nivel 1	QL (90 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	Nivel 1	QL (2 grams per 1 day)
<i>fluocinonide external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external cream</i>	Nivel 2	QL (120 grams per 30 days)
<i>flurandrenolide external lotion</i>	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external ointment</i>	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>halcinonide external cream</i>	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL OINTMENT ( <i>halcinonide</i> )	Nivel 3	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyr lipo base external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	Nivel 1	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion</i>	Nivel 1	QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>prednicarbate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>prednicarbate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion</i> (Tovet External Foam)	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external cream</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external lotion</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external ointment 0.05 %</i>	Nivel 2	QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide external ointment 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbase external ointment</i>	Nivel 2	QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide</i> (Trianex External Ointment)	Nivel 2	QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide</i> (Triderm External Cream)	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide</i> (Tritocin External Ointment)	Nivel 2	QL (430 grams per 30 days)
<b>EMOLIENTES - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>ammonium lactate external cream</i>	Nivel 1	QL (450 grams per 30 days)
<i>ammonium lactate external lotion</i>	Nivel 1	
<b>ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>lindane external shampoo</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>malathion external lotion</i>	Nivel 1	QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>permethrin external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 7 days)
<b>IMIDAZOQUINOLINAMINAS INMUNOMODULADORAS TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>imiquimod external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (48 packets per 365 days)
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>pimecrolimus external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (100 grams per 90 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	Nivel 1	PA; QL (100 grams per 90 days)
<b>LIMPIADORES PARA LA PIEL - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>essentra wipes 9x9" external</i>	Nivel 3	
<b>PRODUCTOS ANTISEBORREICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>sodium sulfacetamide wash external liquid</i>	Nivel 1	
<b>PRODUCTOS DE QUEMA - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine</i> (Ssd (Silver Sulfadiazine) External Cream)	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine</i> (Ssd External Cream)	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine</i> (Thermazene External Cream)	Nivel 1	
<b>PRODUCTOS PARA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>adapalene external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
<i>adapalene external gel</i>	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>isotretinoin</i> (Amnesteem Oral Capsule)	Nivel 2	PA
<i>tretinoin</i> (Avita External Cream)	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM ( <i>benzoyl peroxide</i> )	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Benzepro Short Contact External Foam)	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide cleanser external lotion</i>	Nivel 1	
<i>bp wash external liquid</i>	Nivel 1	
<i>bpo foaming cloths external</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin</i> (Claravis Oral Capsule)	Nivel 2	PA
<i>benzoyl peroxide</i> (Clearplex X External Gel)	Nivel 1	
<i>tretinoin external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel</i>	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>isotretinoin</i> (Zenatane Oral Capsule)	Nivel 2	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
MOTOFEN ORAL TABLET ( <i>difenoxin-atropine</i> )	Nivel 3	
<b>AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS - HORMONES</b>		
<b>AGENTES CALCIOMIMÉTICOS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Nivel 4	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<b>AGENTES DE SOMATOSTATINA - DRUGS FOR GROWTH</b>		
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG ( <i>octreotide acetate</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG ( <i>octreotide acetate</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 kits per 28 days)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>cabergoline oral tablet</i>	Nivel 1	QL (16 tablets per 28 days)
<b>BISFOSFONATOS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>alendronate sodium oral solution</i>	Nivel 1	QL (10.72 mg per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET ( <i>alendronate-cholecalciferol</i> )	Nivel 3	QL (4 tablets per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	Nivel 1	ST; QL (1 tablet per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 28 days)
<b>CALCITONINAS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	Nivel 2	QL (1 bottle per 30 days)
FORTICAL NASAL SOLUTION ( <i>calcitonin (salmon)</i> )	Nivel 2	QL (1 bottle per 30 days)
<b>COMBINACIONES DE LHRH/ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH) - DRUGS FOR WOMEN</b>		
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG ( <i>leuprolide &amp; norethindrone</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG ( <i>leuprolide &amp; norethindrone</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - GONADOTROPINAS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted</i>	Nivel 4	PA; SP
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO - DRUGS FOR GROWTH</b>		
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 1 day)
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 vial per 1 day)
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 1 day)
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 vial per 1 day)
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 1 day)
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 vial per 1 day)
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (SERM) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<b>REFORZADOR DE LA CARNITINA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>levocarnitine oral solution</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	Nivel 1	
<b>TRASTORNOS EN EL CICLO DE LA UREA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (40 tablets per 1 day)
<b>TRATAMIENTO CON FENILBUTAZONAS - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet soluble</i>	Nivel 4	PA; SP
<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
CARBAGLU ORAL TABLET ( <i>carglumic acid</i> )	Nivel 4	PA; LD
<b>TRATAMIENTO DE LA HOMOCISTINURIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
CYSTADANE ORAL POWDER ( <i>betaine</i> )	Nivel 3	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

En vigencia desde el 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>TRATAMIENTO DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 (HT-1) HEREDITARIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>nitisinone oral capsule</i>	Nivel 4	PA; SP
ORFADIN ORAL CAPSULE ( <i>nitisinone</i> )	Nivel 4	PA; LD
<b>TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO - ANÁLOGOS DE VITAMINA D - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>paricalcitol oral capsule</i>	Nivel 2	PA
<b>VASOPRESINA - HORMONES</b>		
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	Nivel 2	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	Nivel 2	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>ACIDULANTES INTESTINALES - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>enulose oral solution</i>	Nivel 1	
<i>generlac oral solution</i>	Nivel 1	
<i>lactulose encephalopathy oral solution</i>	Nivel 1	
<b>ACTIVADORES DE CANALES DE CLORURO GASTROINTESTINALES - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</b>		
<i>lubiprostone oral capsule</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<b>AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet</i>	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate oral tablet</i>	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	Nivel 1	QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	Nivel 1	QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 1 day)
<b>AGENTES PARA LA INFLAMACIÓN INTESTINAL - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	Nivel 1	QL (9 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	QL (8 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 vials per 365 days)
<b>ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	Nivel 1	QL (12 tablets per 1 day)
<b>AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<b>AGENTES PARA LA CISTITIS INTERSTICIAL - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
ELMIRON ORAL CAPSULE ( <i>pentosan polysulfate sodium</i> )	Nivel 3	QL (3 capsules per 1 day)
<b>ANALGÉSICOS URINARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>phenazopyridine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTAGONISTAS DE ADRENORECEPTORES ALFA 1 - DRUGS FOR THE PROSTATE</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<b>CITRATOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	Nivel 2	
<i>potassium citrate-citric acid oral packet</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid</i> (Taron-Crystals Oral Packet)	Nivel 1	
<i>virtrate-k oral solution</i>	Nivel 1	
<b>INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA - DRUGS FOR THE PROSTATE</b>		
<i>finasteride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>IRRIGANTES GENITOURINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> (Argyle Sterile Saline Irrigation Solution)	Nivel 1	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> (Curity Sterile Saline Irrigation Solution)	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<b>AGENTES DE QUINAZOLINA - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 2	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	Nivel 2	QL (10 capsules per 1 day)
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 2	QL (2 capsule per 1 day)
<b>DERIVADOS DE LA TIENOPIRIDINA - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>ticlopidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>INHIBIDORES DE C1 - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
BERINERT INTRAVENOUS KIT ( <i>c1 esterase inhibitor (human)</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (24 vials per 30 days)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA III - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>cilostazol oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>ÁCIDO FÓLICO/FOLATO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>kp folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>AGENTES CITOTÓXICOS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
DROXIA ORAL CAPSULE ( <i>hydroxyurea</i> )	Nivel 4	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS (ESA) - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 300 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML ( <i>darbepoetin alfa</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 vials per 28 days)
<i>aranesp (albumin free) injection solution 150 mcg/0.75ml</i>	Nivel 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML ( <i>darbepoetin alfa</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML ( <i>darbepoetin alfa</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 30 days)
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA (TPO) - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; DO
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>eltrombopag olamine</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<b>COBALAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>cyanocobalamin injection solution</i>	Nivel 1	
<b>COMBINACIONES DE HIERRO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>fe c tab plus oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
ICAR-C PLUS ORAL TABLET ( <i>iron-vit c-vit b12-folic acid</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>pegfilgrastim</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 injectors/kits per 28 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>pegfilgrastim</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
<b>AGENTES HEMOSTÁTICOS - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<b>AGENTES HEMOSTÁTICOS SISTÉMICOS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING</b>		
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<b>AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - DRUGS FOR THE NOSE</b>		
<b>ANTICOLINÉRGICOS NASALES - ALLERGY</b>		
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	Nivel 1	QL (2 bottles per 30 days)
<b>ANTIISTAMÍNICOS NASALES - ALLERGY</b>		
<i>azelastine hcl nasal solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 28 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
<b>ESTEROIDES NASALES - ALLERGY</b>		
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
<i>triamcinolone acetanide nasal aerosol</i>	Nivel 1	QL (1 bottle 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<b>AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
<b>ANTAGONISTA DEL ANTÍGENO 1 ASOCIADO CON LA FUNCIÓN LINFOCITA (LFA-1) - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>lifitegrast</i> )	Nivel 3	PA; QL (2 vial per 1 day)
<b>ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE</b>		
ALOCRILOPHTHALMIC SOLUTION ( <i>nedocromil sodium</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>lodoxamide tromethamine</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 24 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	Nivel 2	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION ( <i>besifloxacin hcl</i> )	Nivel 3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (3.5 grams per 30 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>gentamicin sulfate</i> )	Nivel 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 vial per 30 days)
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<b>ANTIVIRALES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL ( <i>ganciclovir</i> )	Nivel 3	QL (5 gram per 7 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>BETABLOQUEADORES - COMBINACIONES OFTÁLMICAS - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<b>BETABLOQUEADORES - OFTÁLMICOS - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (0.5 mL per 1 day)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>metipranolol ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<b>COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS OFTÁLMICAS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>ak-poly-bac ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> (Neo-Polycin Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (Polycin Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyx-neo-hc</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<b>DESCONGESTIVOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE</b>		
<i>naphazoline hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<b>ESTEROIDES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT ( <i>loteprednol etabonate</i> )	Nivel 3	QL (7 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	Nivel 2	QL (10 grams 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>Ioteprednol etabonate ophthalmic suspension</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA OFTÁLMICOS - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<b>MIÓTICOS - INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>echothiophate iodide</i> )	Nivel 3	QL (5 mL per 30 days)
<b>PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION ( <i>bimatoprost</i> )	Nivel 3	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
<b>SULFONAMIDAS OFTÁLMICAS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
<b>AGENTES ÓTICOS - DRUGS FOR THE EAR</b>		
<b>AGENTES ÓTICOS VARIOS - WAX REMOVAL</b>		
<i>acetic acid otic solution</i>	Nivel 1	
<b>ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	Nivel 1	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ofloxacin otic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 fill)
<b>COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS ESTEROIDES ÓTICAS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	Nivel 1	QL (7.5 mL per 1 fill)
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	Nivel 1	
<b>ESTEROIDES ÓTICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>hydrocortisone-acetic acid</i> (Acetasol Hc Otic Solution)	Nivel 2	QL (10 mL per 1 fill)
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	Nivel 2	QL (10 mL per 1 fill)

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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<b>AGENTES ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge</i>	Nivel 2	QL (5 tablet per 1 day)
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	Nivel 2	QL (5 tablet per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	Nivel 1	QL (750 mL per 30 days)
<b>ANESTÉSICOS TÓPICOS ORALES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<b>ANTISÉPTICOS - BOCA/GARGANTA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Paroex Mouth/Throat Solution)	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mouth/Throat Solution)	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<b>ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralone Mouth/Throat Paste)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	Nivel 1	
<b>ESTIMULANTES DE SALIVA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
<b>PRODUCTOS DENTALES - COMBINACIONES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE ( <i>sod fluoride-potassium nitrate</i> )	Nivel 1	
<i>sodium fluoride 5000 enamel dental gel</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride 5000 enamel dental paste</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive dental gel</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive dental paste</i>	Nivel 1	
<b>PRODUCTOS DENTALES CON FLUORURO - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>sodium fluoride</i> (Clinpro 5000 Dental Paste)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Denta 5000 Plus Dental Cream)	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride</i> (Dentagel Dental Gel)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Fluoridex Dental Paste)	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium fluoride</i> (Fluoridex Enhanced Whitening Dental Paste)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Karigel Dental Gel)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Karigel-N Dental Gel)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Neutragard Advanced Dental Gel)	Nivel 1	
<i>neutral sodium fluoride mouth/throat solution</i>	Nivel 1	
<i>sf 5000 plus dental cream</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sf dental gel</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride dental cream</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride dental gel</i>	Nivel 1	
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
<b>RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 1 day)
<b>RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</b>		
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	Nivel 2	
<b>AGENTES PARA LA GOTA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>AGENTES PARA LA GOTA - GOUT DRUGS</b>		
<i>allopurinol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>colchicine oral capsule</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>colchicine oral tablet</i>	Nivel 2	QL (2.3 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA GOTA - GOUT DRUGS</b>		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>URICOSÚRICO - GOUT DRUGS</b>		
<i>probenecid oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGENTE PARA LA FIBROMALGIA - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRSN) - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
SAVELLA ORAL TABLET ( <i>milnacipran hcl</i> )	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL ( <i>milnacipran hcl</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 365 days)
<b>AGENTES PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM) - ISRS - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>fluoxetine hcl (padded) oral capsule</i>	Nivel 1	DO
<i>fluoxetine hcl (padded) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>fluoxetine hcl (padded) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - INTERFERONES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
AVONEX INTRAMUSCULAR KIT ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 kits per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 kits per 28 days)
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT ( <i>interferon beta-1b</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (15 kits per 30 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4.2 mL per 28 days)
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (12 syringes 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>interferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pack per 1 fill)
<b>AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (10 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 2 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (5 tablets per 1 day)
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE</b>		
<i>memantine hcl oral solution</i>	Nivel 2	QL (10 mL per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	DO
<b>COLINOMIMÉTICOS - INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA (ACHE) - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE</b>		
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	Nivel 2	QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<b>MODULADORES DEL RECEPTOR DE ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P) - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
GILENYA ORAL CAPSULE ( <i> fingolimod hcl</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
<b>PRODUCTOS PARA DEJAR DE BEBER ALCOHOL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>apo-varenicline oral tablet</i>	Nivel 3; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1; \$0	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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET ( <i>varenicline tartrate</i> )	Nivel 3; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG ( <i>varenicline tartrate</i> )	Nivel 3; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET ( <i>varenicline tartrate</i> )	Nivel 3; \$0	QL (1 dose pack per 365 days)
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1; \$0	
<i>gnp nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1; \$0	
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1; \$0	
NICOTROL INHALATION INHALER ( <i>nicotine</i> )	Nivel 3; \$0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION ( <i>nicotine</i> )	Nivel 3; \$0	
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1; \$0	
<i>varenicline tartrate oral tablet</i>	Nivel 2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
ZYBAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR ( <i>bupropion hcl (smoking deter)</i> )	Nivel 3; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<b>AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE LA CINASA - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
OFEV ORAL CAPSULE ( <i>nintedanib esylate</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
<b>POTENCIADORES DE CFTR - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS</b>		
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG ( <i>ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL PACKET 50 MG, 75 MG ( <i>ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET ( <i>ivacaftor</i> )	Nivel 4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
<b>AGENTES TIROIDEOS - HORMONES</b>		
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS - DRUGS FOR THYROID</b>		
<i>methimazole oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>HORMONAS TIROIDEAS - DRUGS FOR THYROID</b>		
<i>euthyrox oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium</i> (Levo-T Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levothyroxine-liothyronine 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levothyroxine sodium</i> (Levoxyl Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>lithyronine sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
NATURE-THROID ORAL TABLET ( <i>thyroid</i> )	Nivel 1	
<i>np thyroid oral tablet</i>	Nivel 1	
SYNTHROID ORAL TABLET ( <i>levothyroxine sodium</i> )	Nivel 1	
<i>thyroid oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium</i> (Unithroid Oral Tablet)	Nivel 1	
WESTHROID ORAL TABLET ( <i>thyroid</i> )	Nivel 1	
<b>AMINOGLUCÓSIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AMINOGLUCÓSIDOS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>paromomycin sulfate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution</i>	Nivel 4	SP; QL (9.4 mL per 1 day)
<b>ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>diclofenac potassium</i> (Cataflam Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>diclofenac potassium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
<i>ibuprofen</i> (Ibu Oral Tablet)	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<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>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (20 tablets per 30 days)
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>meloxicam oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>meloxicam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
<i>naproxen kit oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nabumetone</i> (Relafen Oral Tablet 500 Mg)	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone</i> (Relafen Oral Tablet 750 Mg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sulindac oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>AGENTES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL SOLUBLE - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 cartridges per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (8 injections per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (8 vials per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 pens per 28 days)
<b>ANTITNF ALFA - ANTICUERPOS MONOCLONALES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pen per 310 days (QL exception needed for maintenance therapys))
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML ( <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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 365 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML ( <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 SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>golimumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
<b>COMPUESTOS DE ORO - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
RIDAURA ORAL CAPSULE ( <i>auranofin</i> )	Nivel 3	QL (3 capsules per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA 2 (COX-2) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	Nivel 2	ST; QL (2 capsule per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	Nivel 2	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
OTEZLA ORAL TABLET ( <i>apremilast</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>apremilast</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 pack per 365 days)
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>abatacept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>abatacept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 vials per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML ( <i>abatacept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML ( <i>abatacept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 injections 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>ANALGÉSICOS - SEDATIVOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Bac Oral Tablet)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-asa-caffeine oral capsule</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Capacet Oral Capsule)	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Esgic Oral Capsule)	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>marten-tab oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Phrenilin Forte Oral Capsule)	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
TENCON ORAL TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen</i> )	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Zebutal Oral Capsule)	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<b>SALICILATOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
BAYER ASPIRIN EXTRA STRENGTH ORAL TABLET ( <i>aspirin</i> )	Nivel 1	
<i>diflunisal oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANALGÉSICOS - OPIOIDES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>codeine sulfate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	Nivel 1	QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydromorphone hcl rectal suppository</i>	Nivel 2	QL (4 suppositories per 1 day)
<i>meperidine hcl injection solution</i>	Nivel 1	
<i>meperidine hcl oral solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl</i> (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate)	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet soluble</i>	Nivel 1	PA; 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet Soluble)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution</i>	Nivel 1	QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate oral solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate rectal suppository</i>	Nivel 1	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 10 mg/0.5ml, 100 mg/5ml</i>	Nivel 2	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablet per 1 day)
<b>AGONISTAS OPIÁCEOS PARCIALES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	Nivel 2	QL (12 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	Nivel 2	QL (2 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	Nivel 2	QL (12 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	Nivel 2	QL (6 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	Nivel 2	QL (3 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	Nivel 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	Nivel 1	QL (2 bottles per 30 days)
<b>COMBINACIONES DE CODEÍNA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>acetaminophen-codeine #2 oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine #4 oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<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>butalbital-asa-caff-codeine</i> (Ascomp-Codeine Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (6 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<b>COMBINACIONES DE HIDROCODONA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<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>hydrocodone-ibuprofen</i> (Ibudone Oral Tablet)	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> (Lorcet Hd Oral Tablet)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> (Lorcet Oral Tablet)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> (Vicodin Es Oral Tablet)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> (Vicodin Hp Oral Tablet)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> (Vicodin Oral Tablet)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>zamicet oral solution</i>	Nivel 1	QL (90 mL per 1 day)
<b>COMBINACIONES DE OPIÁCEOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet)	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>oxycodone-ibuprofen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<b>ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - HORMONES</b>		
<b>ANDRÓGENOS - DRUGS FOR MEN</b>		
ANDROXY ORAL TABLET ( <i>fluoxymesterone</i> )	Nivel 2	
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>methitest oral tablet</i>	Nivel 3	
<i>testosterone cypionate injection solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 12.5 mg/lact (1%), 20.25 mg/lact (1.62%)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	Nivel 2	PA; QL (2 packets per 1 day)
<b>ESTEROIDES ANABÓLICOS - DRUGS FOR MEN</b>		
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIARRÍTMICOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-A - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>quinidine sulfate er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-B - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 2	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ANTIARRÍTMICOS DE CLASE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</b>		
<i>dofetilide oral capsule</i>	Nivel 2	
MULTAQ ORAL TABLET ( <i>dronedarone hcl</i> )	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTICOAGULANTES - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<b>AGENTES TIPO HEPARINA SINTÉTICOS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution</i>	Nivel 4	QL (30 syringes per 30 days)
<b>ANTICOAGULANTES DERIVADOS DE LA CUMARINA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>HEPARINA Y AGENTES TIPO HEPARINA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution</i>	Nivel 1	
<b>HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	Nivel 4	QL (30 syringes per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution</i>	Nivel 4	QL (30 syringes 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>INHIBIDORES DE LA TROMBINA - SELECTIVO DIRECTO Y REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
PRADAXA ORAL CAPSULE ( <i>dabigatran etexilate mesylate</i> )	Nivel 3	QL (2 capsules per 1 day)
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET ( <i>apixaban</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 365 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>apixaban</i> )	Nivel 3	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>apixaban</i> )	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG ( <i>apixaban</i> )	Nivel 3	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 3	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 3	QL (42 tablets per 1 fill)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 1 day)
<b>ANTICONCEPTIVOS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<b>ANTICONCEPTIVOS BIFÁSICOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Bekyree Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kimidess Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET ( <i>norethin-eth estrad-fe biphas</i> )	Nivel 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtreea Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Simliya Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>viorele oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Volnea Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<b>ANTICONCEPTIVOS CONTINUOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Amethyst Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Dolishale Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<b>ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Amethia Lo 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Amethia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Lo Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Daysee Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Fayosim Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Iclevia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Introvale Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jaimiess Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Lojaimiess Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Quasense Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Setlakin Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Simpesse Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<b>ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
AFTERA ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
AFTERPILL ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
ECONTRA EZ ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
ELLA ORAL TABLET ( <i>ulipristal acetate</i> )	Nivel 3; \$0	
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
MY CHOICE ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
MY WAY ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
NEW DAY ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
NEXT CHOICE ONE DOSE ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
OPTION 2 ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
PREVENTEZA ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
REACT 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTICONCEPTIVOS DE FASE CUATRO ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
NATAZIA ORAL TABLET ( <i>estradiol valerate-dienogest</i> )	Nivel 3	
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	Nivel 1; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	Nivel 1; \$0	
<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Jolivette Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone</i> (Nora-Be Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone oral tablet</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> (Sharobel Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
SLYND ORAL TABLET ( <i>drospirenone</i> )	Nivel 3	
<i>norethindrone</i> (Tulana Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<b>ANTICONCEPTIVOS TRIFÁSICOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Aranelle Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Enpresse-28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Leena Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Levonest 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Myzilra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Necon 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nylia 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tilia Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri Femynor Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tri-Legest Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Linyah Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Mili Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Trinessa (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Trinessa Lo Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Nymyo Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Previfem Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Sprintec Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Velivet Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<b>COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Afirmelle Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Altavera Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aubra Eq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aubra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1.5/30 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Ayuna Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
BALCOLTRA ORAL TABLET ( <i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> )	Nivel 3	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Balziva Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>briellyn oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Eq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle-28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Cyclafem 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Dasetta 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Emoquette Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Femynor Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gemmyl Oral Capsule)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Gianvi Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Gildagia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Gildess 1.5/30 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Gildess 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Hailey 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Isibloom Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>jasmiel oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Juleber Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kalliga Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/50 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Kurvelo Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Larissia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Layolis Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lessina Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lillow Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Lomedia 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Lo-Zumandimine Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>marlissa oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Melodetta 24 Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Merzee Oral Capsule)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mili Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mono-Linyah Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mononessa Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
NECON 1/50 (28) ORAL TABLET ( <i>norethindrone-mestranol</i> )	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Nikki Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Nymyo Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
OGESTREL ORAL TABLET ( <i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> )	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Orsythia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Philith Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Pirmella 1/35 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Previfem Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> (Rajani Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Sprintec 28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Sronyx Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Taysofy Oral Capsule)	Nivel 1; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> (Tydemy Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Vestura Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Vienna Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Vyfemla Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Vylibra Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Wera Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zarah Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Zenchent Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Zenchent Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/50E (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zumandimine Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<b>COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly)	Nivel 1; \$0	
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Zafemy Transdermal Patch Weekly)	Nivel 1; \$0	
<b>COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS VAGINALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring)	Nivel 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTICONVULSIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>ÁCIDO VALPROICO - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 2	QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	Nivel 2	QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	Nivel 2	QL (7 tablets per 1 day)
<i>valproate sodium oral solution</i>	Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	Nivel 1	
<b>ANTICONVULSIVOS - BENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>clonazepam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>ANTICONVULSIVOS VARIOS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</i>	Nivel 1	QL (5 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral suspension</i>	Nivel 1	QL (50 mL per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	Nivel 1	QL (10 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine</i> (Epitol Oral Tablet)	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	Nivel 2	QL (9 capsules per 1 day)
<i>gabapentin oral solution</i>	Nivel 2	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 2	QL (6 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral solution</i>	Nivel 2	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 500 mg</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 750 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	Nivel 2	QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>zonisamide oral capsule</i>	Nivel 2	QL (6 capsule per 1 day)
<b>CARBAMATOS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>felbamate oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>felbamate oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>HIDANTOÍNA - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
DILANTIN ORAL CAPSULE ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	Nivel 3	
PEGANONE ORAL TABLET ( <i>ethotoin</i> )	Nivel 3	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>MODULADORES DEL ÁCIDO ?-AMINOBUTÍRICO (GABA) - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>vigabatrin oral packet</i>	Nivel 4	SP; LD; QL (6 packets per 1 day)
<i>vigabatrin oral tablet</i>	Nivel 4	SP; LD; QL (6 tablets per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Packet)	Nivel 4	LD; QL (6 packets per 1 day)
<b>SUCCINIMIDAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>ethosuximide oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIDEPRESIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 2	QL (5 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	Nivel 1	QL (75 mL per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA 2 (TETRACÍCLICOS) - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>mirtazapine oral tablet 30 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 30 mg, 45 mg</i>	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIDEPRESIVOS VARIOS - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<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>maprotiline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>CÍCLICOS MODIFICADOS - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nefazodone hcl oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA (IMAO) - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>citalopram hydrobromide 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 hcl oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 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>sertraline hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<b>SEROTONINA - INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE NOREPINEFRINA (IRSN) - DRUGS FOR DEPRESSION</b>		
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>ANTIDIABÉTICOS - HORMONES</b>		
<b>AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1) - DRUGS FOR DIABETES</b>		
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 pens per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 pen per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	ST; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	ST; QL (4 syringes 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>liraglutide</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 box (2 pens) per 30 days)
<b>BIGUANIDAS - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 Y BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES</b>		
JANUMET ORAL TABLET ( <i>sitagliptin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG ( <i>sitagliptin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG ( <i>sitagliptin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 - COMBINACIÓN DE BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES</b>		
SYNJARDY ORAL TABLET ( <i>empagliflozin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG ( <i>empagliflozin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ( <i>empagliflozin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG ( <i>dapagliflozin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG ( <i>dapagliflozin-metformin hcl</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2) - DRUGS FOR DIABETES</b>		
FARXIGA ORAL TABLET ( <i>dapagliflozin propanediol</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET ( <i>empagliflozin</i> )	Nivel 2	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>acarbose oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4) - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	Nivel 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET ( <i>sitagliptin phosphate</i> )	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>INSULINA HUMANA - DRUGS FOR DIABETES</b>		
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph isophane &amp; regular</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION ( <i>insulin regular human</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin regular human</i> )	Nivel 2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin regular human</i> )	Nivel 2	PA; QL (18 mL per 30 days)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro prot &amp; lispro subcutaneous suspension pen-injector</i>	Nivel 2	QL (30 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>insulin lispro subcutaneous solution</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 2	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin glargine</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>insulin nph human (isophane)</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin regular human</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin regular human</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin glargine</i> )	Nivel 3	QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>insulin glargine</i> )	Nivel 3	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML ( <i>insulin degludec</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML ( <i>insulin degludec</i> )	Nivel 2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>insulin degludec</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<b>OTROS AGENTES PARA LA DIABETES - DRUGS FOR DIABETES</b>		
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>glucagon hcl (rdna)</i> )	Nivel 2	QL (2 kits per 30 days)
<i>glucagon emergency injection kit</i>	Nivel 2	QL (2 kits per 30 days)
<b>SULFONILUREAS - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tolbutamide oral tablet</i>	Nivel 2	ST; QL (6 tablets per 1 day)
<b>TIAZOLIDINEDIONAS - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>ANTIDIARRÉICOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
<i>diphenatol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
<b>ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE ( <i>succimer</i> )	Nivel 3	
<b>ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
<b>ANTAGONISTAS OPIÁCEOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
<i>naloxone hcl injection solution</i>	Nivel 2	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	Nivel 2	QL (6 syringes per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	QL (6 syringes per 90 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
NARCAN NASAL LIQUID ( <i>naloxone hcl</i> )	Nivel 3	QL (6 nasal spray per 90 days)
<b>ANTIEMÉTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT3 - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
<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 dispersible 4 mg</i>	Nivel 2	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	Nivel 2	QL (24 tablets per 30 days)
<i>palonosetron hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	PA
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIEMÉTICOS - AGENTE ANTICOLINÉRGICO - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
<i>meclizine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	Nivel 2	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>ANTIEMÉTICOS VARIOS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
CESAMET ORAL CAPSULE ( <i>nabilone</i> )	Nivel 3	
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</b>		
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS - DRUGS FOR THE BLADDER</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS) - DRUGS FOR THE BLADDER</b>		
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTIHELMÍNTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>ANTIHELMÍNTICOS - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>ivermectin oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS VARIOS - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<b>DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>choline fenofibrate oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	Nivel 1; \$0	DO
<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>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 2; \$0	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>rosuvastatin calcium 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)
<b>SECUESTRADORES DEL ÁCIDO BILIAR - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	Nivel 2	QL (1 packet per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<b>ANTIHIPERTENSIVOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>ADRENOLÍTICOS: ACCIÓN CENTRAL Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/COMBINACIÓN TIPO TIAZIDA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>methylodopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylodopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>AGENTES PARA FEOCROMOCITOMAS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (12 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<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>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets 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)
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II- BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine-valsartan-hctz 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-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<b>ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN CENTRAL - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>guanfacine hcl oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<b>ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN PERIFÉRICA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<b>COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	Nivel 1	DO
<b>COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS TIPO TIAZIDA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 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	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet 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)
<b>COMBINACIONES DE BETABLOQUEADORES Y DIURÉTICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>propranolol-hctz oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (ECA) Y COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA ECA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>benazepril hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA ECA Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/DIURÉTICO TIPO TIAZIDA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>VASODILADORES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTIISTAMÍNICOS - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>ANTIISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	Nivel 2	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>ANTIISTAMÍNICOS - FENOTIAZINA - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>promethazine hcl</i> (Phenadoz Rectal Suppository)	Nivel 2	
<i>promethazine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	Nivel 2	
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository)	Nivel 2	
<b>ANTIISTAMÍNICOS - NO SEDANTES - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>allergy 24-hr 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>desloratadine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>kp fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc fexofenadine hydrochloride oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTI-HISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	
<b>ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
<i>flucytosine oral capsule</i>	Nivel 2	PA
<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>nystatin oral powder</i>	Nivel 1	
<i>nystatin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>TRIAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 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>itraconazole oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (126 capsules per 30 days)
<b>ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<b>*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
XALKORI ORAL CAPSULE ( <i>crizotinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day)
ZYKADIA ORAL CAPSULE ( <i>ceritinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (3 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
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)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	Nivel 4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
SPRYCEL ORAL TABLET ( <i>dasatinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG ( <i>nilotinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>nilotinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)
<b>*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (3 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)
<b>*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cetuximab</i> )	Nivel 4	PA; SP
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
GILOTRIF ORAL TABLET ( <i>afatinib dimaleate</i> )	Nivel 3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<b>AGENTES ALQUILANTES - DRUGS FOR CANCER</b>		
HEXALEN ORAL CAPSULE ( <i>altretamine</i> )	Nivel 4	PA
MYLERAN ORAL TABLET ( <i>busulfan</i> )	Nivel 4; OC	
<b>AGENTES DE RESCATE ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>bexarotene oral capsule</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)
<b>ANÁLOGOS DE LHRH - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>leuprolide acetate injection kit</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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIANDRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	Nivel 2; OC	QL (1 tablet per 1 day)
<i>flutamide oral capsule</i>	Nivel 2; OC	
<i>nilutamide oral tablet</i>	Nivel 4; OC	QL (1 tablet per 1 day)
XTANDI ORAL CAPSULE ( <i>enzalutamide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day)
<b>ANTICUERPOS ANTIADRENAL - DRUGS FOR CANCER</b>		
LYSODREN ORAL TABLET ( <i>mitotane</i> )	Nivel 4; OC	QL (38 tablets per 1 day)
<b>ANTIESTRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	Nivel 4; OC	QL (1 tablet per 1 day)
<b>ANTIMETABOLITOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>capecitabine oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
<i>methotrexate oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	Nivel 2; OC	
TABLOID ORAL TABLET ( <i>thioguanine</i> )	Nivel 4; OC	
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA MTOR - DRUGS FOR CANCER</b>		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>everolimus</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP
AFINITOR ORAL TABLET ( <i>everolimus</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP
<i>everolimus oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	Nivel 4	PA; SP
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA BRAF - DRUGS FOR CANCER</b>		
TAFINLAR ORAL CAPSULE ( <i>dabrafenib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day)
ZELBORAF ORAL TABLET ( <i>vemurafenib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (8 tablets per 1 day)
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA HISTONA DESACETILASA - DRUGS FOR CANCER</b>		
FARYDAK ORAL CAPSULE ( <i>panobinostat lactate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ZOLINZA ORAL CAPSULE ( <i>vorinostat</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TIROSINA CINASA - DRUGS FOR CANCER</b>		
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days)
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE HEDGEHOG - DRUGS FOR CANCER</b>		
ERIVEDGE ORAL CAPSULE ( <i>vismodegib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day)
ODOMZO ORAL CAPSULE ( <i>sonidegib phosphate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day)
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE MEK - DRUGS FOR CANCER</b>		
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day)
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES MULTICINASAS - DRUGS FOR CANCER</b>		
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG ( <i>vandetanib</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG ( <i>vandetanib</i> )	Nivel 4; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
NEXAVAR ORAL TABLET ( <i>sorafenib tosylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day)
STIVARGA ORAL TABLET ( <i>regorafenib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (84 tablets per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
SUTENT ORAL CAPSULE ( <i>sunitinib malate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
VOTRIENT ORAL TABLET ( <i>pazopanib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOMODULADORES - DRUGS FOR CANCER</b>		
POMALYST ORAL CAPSULE ( <i>pomalidomide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (21 capsules per 28 days)
<b>ANTINEOPLÁSTICOS VARIOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
ALFERON N INJECTION SOLUTION ( <i>interferon alfa-n3</i> )	Nivel 4	SP
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	Nivel 2; OC	
INTRON A INJECTION SOLUTION ( <i>interferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	SP; LD
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>interferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	SP; LD
MATULANE ORAL CAPSULE ( <i>procarbazine hcl</i> )	Nivel 4; OC	LD
<b>ESTRÓGENOS - ANTINEOPLÁSTICOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
EMCYT ORAL CAPSULE ( <i>estramustine phosphate sodium</i> )	Nivel 4; OC	PA
<b>IMIDAZOTETRAZINA - DRUGS FOR CANCER</b>		
<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)
<b>INHIBIDORES DE BIOSÍNTESIS DE ANDRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA AROMATASA - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>anastrozole oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>exemestane oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>letrozole oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) ASOCIADOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
JAKAFI ORAL TABLET ( <i>ruxolitinib phosphate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFOINOSITIDA-3-QUINASAS (PI3K) - DRUGS FOR CANCER</b>		
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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP) - DRUGS FOR CANCER</b>		
LYNPARZA ORAL CAPSULE ( <i>olaparib</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (16 capsules per 1 day)
LYNPARZA ORAL TABLET ( <i>olaparib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DEPENDIENTE DE CICLINA (CDK) - DRUGS FOR CANCER</b>		
IBRANCE ORAL CAPSULE ( <i>palbociclib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (21 capsules per 28 days)
<b>INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I - DRUGS FOR CANCER</b>		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE ( <i>topotecan hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP
<b>INHIBIDORES DEL VEGF - DRUGS FOR CANCER</b>		
INLYTA ORAL TABLET 1 MG ( <i>axitinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (6 tablets per 1 day)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG ( <i>axitinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 pack per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 pack per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (3 capsules per 1 day)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (30 capsules per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK ( <i>lenvatinib mesylate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 pack per 30 days)
<b>INHIBIDORES MIÓTICOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>etoposide oral capsule</i>	Nivel 4; OC	SP
<b>MOSTAZAS DE NITRÓGENO - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	Nivel 4; OC	SP
LEUKERAN ORAL TABLET ( <i>chlorambucil</i> )	Nivel 4; OC	
<i>melphalan oral tablet</i>	Nivel 4; OC	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>NITROSOUREA - DRUGS FOR CANCER</b>		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE ( <i>Iomustine</i> )	Nivel 4; OC	PA
<b>RETINIOIDES - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>tretinoin oral capsule</i>	Nivel 2; OC	
<b>ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (90 tablets per 30 days)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 28 days)
<i>primaquine phosphate oral tablet</i>	Nivel 3	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (60 capsules per 365 days)
<b>COMBINACIONES DE ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET ( <i>artemether-lumefantrine</i> )	Nivel 3	
<b>ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>apomorphine hcl</i> )	Nivel 4	PA; QL (2 mL per 1 day)
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>apomorphine hcl</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 mL per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>COMBINACIONES DE LEVODOPA - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	Nivel 2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	Nivel 2	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral syrup</i>	Nivel 2	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA MONOAMINO OXIDASA - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>INHIBIDORES COMT PERIFÉRICOS - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>entacapone oral tablet</i>	Nivel 2	QL (8 tablets per 1 day)
<b>ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>carbidopa oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ANTIVIRALES - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA PURINA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>acyclovir oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Nivel 1	QL (30 tablets per 1 fill)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (60 tablets per 1 fill)
<b>AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA TIMIDINA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (60 tablets per 1 fill)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (21 tablets per 1 fill)
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS B - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	Nivel 4	SP; 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BARACLUDE ORAL SOLUTION ( <i>entecavir</i> )	Nivel 4	QL (20 mL per 1 day)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION ( <i>lamivudine</i> )	Nivel 2	QL (20 mL per 1 day)
TYZEKA ORAL TABLET ( <i>telbivudine</i> )	Nivel 4	PA
VEMLIDY ORAL TABLET ( <i>tenofovir alafenamide fumarate</i> )	Nivel 4	SP; QL (1 tablet per 1 day)
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS C - COMBINACIONES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS C - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>ribavirin</i> (Moderiba Oral Tablet)	Nivel 4	SP; QL (6 tablets per 1 day)
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 135 MCG/0.5ML ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; QL (2 pens per 28 days)
PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; LD; QL (2 pens per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; QL (2 syringes per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; QL (4 vials per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; QL (2 syringes per 28 days)
PEG-INTRON REDIPEN PAK 4 SUBCUTANEOUS KIT ( <i>peginterferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	
PEG-INTRON REDIPEN SUBCUTANEOUS KIT ( <i>peginterferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	
PEG-INTRON SUBCUTANEOUS KIT ( <i>peginterferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 120 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.5ML, 80 MCG/0.5ML ( <i>peginterferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5ML ( <i>peginterferon alfa-2b</i> )	Nivel 4	SP
<i>ribavirin</i> (Ribasphere Oral Capsule)	Nivel 4	SP; QL (6 capsules per 1 day)
<i>ribavirin</i> (Ribasphere Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 4	SP; QL (6 tablets per 1 day)
RIBASPHERE ORAL TABLET 600 MG ( <i>ribavirin</i> )	Nivel 4	SP
<i>ribavirin oral capsule</i>	Nivel 4	SP; QL (6 capsules per 1 day)
<i>ribavirin oral tablet</i>	Nivel 4	SP; QL (6 tablets per 1 day)
<b>AGENTES PARA LA INFLUENZA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>rimantadine hcl 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIRRETROVIRALES - ANTAGONISTA DE CCR5 (INHIBIDOR DE ENTRADA) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG ( <i>maraviroc</i> )	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG ( <i>maraviroc</i> )	Nivel 2	QL (8 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG ( <i>maraviroc</i> )	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE FUSIÓN - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>enfuvirtide</i> )	Nivel 2	PA; QL (60 vials per 30 days)
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA INTEGRASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
ISENTRESS ORAL TABLET ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG ( <i>raltegravir potassium</i> )	Nivel 2	QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG ( <i>dolutegravir sodium</i> )	Nivel 2	LD; QL (4 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG ( <i>dolutegravir sodium</i> )	Nivel 2	LD; QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA PROTEASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE ( <i>tipranavir</i> )	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
APTIVUS ORAL SOLUTION ( <i>tipranavir</i> )	Nivel 2	QL (13 mL per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG ( <i>indinavir sulfate</i> )	Nivel 2	QL (12 capsules per 1 day)
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 400 MG ( <i>indinavir sulfate</i> )	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
INVIRASE ORAL CAPSULE ( <i>saquinavir mesylate</i> )	Nivel 2	
INVIRASE ORAL TABLET ( <i>saquinavir mesylate</i> )	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
LEXIVA ORAL SUSPENSION ( <i>fosamprenavir calcium</i> )	Nivel 2	QL (60 mL per 1 day)
NORVIR ORAL CAPSULE ( <i>ritonavir</i> )	Nivel 2	
NORVIR ORAL SOLUTION ( <i>ritonavir</i> )	Nivel 2	QL (16 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION ( <i>darunavir ethanolate</i> )	Nivel 2	QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG ( <i>darunavir ethanolate</i> )	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG ( <i>darunavir ethanolate</i> )	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>darunavir ethanolate</i> )	Nivel 2	QL (10 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG ( <i>darunavir ethanolate</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>ritonavir oral tablet</i>	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG ( <i>nelfinavir mesylate</i> )	Nivel 2	QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG ( <i>nelfinavir mesylate</i> )	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (RTI) NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
EDURANT ORAL TABLET ( <i>rilpivirine hcl</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	Nivel 2	QL (12 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG ( <i>etravirine</i> )	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG ( <i>etravirine</i> )	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG ( <i>etravirine</i> )	Nivel 2	QL (16 tablets per 1 day)
<i>nevirapine oral suspension</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>nevirapine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG ( <i>delavirdine mesylate</i> )	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG ( <i>delavirdine mesylate</i> )	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	Nivel 2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-PIRIMIDINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	Nivel 2; \$0	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION ( <i>emtricitabine</i> )	Nivel 2	QL (29 mL per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-PURINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	Nivel 1	QL (32 mL per 1 day)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>didanosine oral capsule delayed release 125 mg</i>	Nivel 1	QL (3 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-TIMIDINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>stavudine oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>zidovudine oral capsule</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	Nivel 1	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET ( <i>bictegravir-emtricitab-tenofof</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET ( <i>emtricitabine-tenofovir af</i> )	Nivel 2; \$0	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	Nivel 2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET ( <i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	Nivel 2	QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	Nivel 2	QL (16 mL per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	Nivel 2	QL (10 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET ( <i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET ( <i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRUVADA ORAL TABLET ( <i>emtricitabine-tenofovir df</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE ENDONUCLEASAS PA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 1 fill)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 20 MG ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 3	QL (1 dose pack per 90 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 1 fill)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 3	QL (1 dose pack per 90 days)
<b>INHIBIDORES DE LA NEURAMINIDASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Nivel 2	QL (20 capsules per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	Nivel 2	QL (10 capsules per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 2	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	QL (180 mL per 90 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>zanamivir</i> )	Nivel 2	QL (1 package per 90 days)
<b>BETABLOQUEADORES - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>BETABLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>acebutolol hcl oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>atenolol oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>betaxolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsule per 1 day)
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral solution 40 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 120 Mg, 80 Mg)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 160 Mg)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 240 Mg)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sotalol hydrochloride oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>BLOQUEADORES DE RECEPTORES DUALES ALFA Y BETA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<b>BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>nifedipine</i> (Afeditab Cr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 30 Mg)	Nivel 2	DO
<i>nifedipine</i> (Afeditab Cr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 60 Mg)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem cd oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem cd oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 2	QL (2 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 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</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine</i> (Nifedical XI Oral Tablet Extended Release 24 Hour)	Nivel 1	DO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule</i>	Nivel 2	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadyt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg)	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<b>CARDIOTÓNICOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>GLUCÓSIDOS CARDÍACOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<i>digoxin</i> (Digitek Oral Tablet 125 Mcg)	Nivel 1	
<i>digoxin</i> (Digitek Oral Tablet 250 Mcg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 125 Mcg)	Nivel 1	
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 250 Mcg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>digoxin oral solution</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 187.5 MCG ( <i>digoxin</i> )	Nivel 3	
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG ( <i>digoxin</i> )	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG ( <i>digoxin</i> )	Nivel 3	DO
<b>CEFALOSPORINAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 2	
<i>cefaclor oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cefprozil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>CEFALOSPORINAS - 3.<sup>a</sup> GENERACIÓN - ANTIBIOTICS</b>		
<i>cefdinir oral capsule</i>	Nivel 1	QL (20 capsules per 1 fill)
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (240 mL per 1 fill)
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)
<i>cefditoren pivoxil oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>cefixime oral capsule</i>	Nivel 2	QL (10 capsules per 1 fill)
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>ceftibuten oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>ceftibuten oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>cefixime</i> )	Nivel 3	QL (40 mL per 1 fill)
<b>CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	Nivel 4	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 4	
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>sirolimus oral solution</i>	Nivel 4	
<b>INMUNOMODULADORES PARA LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
REVLIMID ORAL CAPSULE ( <i>lenalidomide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day)
<b>CLASES VARIADAS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<b>AGENTES QUELANTES - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>trientine hcl</i> (Clovique Oral Capsule)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
<i>penicillamine oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trientine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
<b>ANÁLOGOS DE LA CICLOSPORINA - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	Nivel 4	
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	Nivel 4	
<i>cyclosporine oral capsule</i>	Nivel 4	
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Capsule)	Nivel 4	

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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Solution)	Nivel 4	
<b>ANÁLOGOS DE LA PURINA - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>azathioprine oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ANTILEPROSOS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
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)
<b>INHIBIDORES DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	Nivel 4	
<b>RESINAS LIBERADORAS DE POTASIO - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Kionex Oral Powder)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Kionex Oral Suspension)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension</i>	Nivel 2	
SPS ORAL SUSPENSION ( <i>sodium polystyrene sulfonate</i> )	Nivel 2	
<b>CORTICOESTEROIDES - HORMONES</b>		
<b>GLUCOCORTICOIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION</b>		
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	Nivel 2	QL (3 capsule per 1 day)
<i>cortisone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone</i> (Decadron Oral Elixir)	Nivel 1	
<i>dexamethasone</i> (Decadron Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>prednisone</i> (Deltasone Oral Tablet)	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 tablet therapy pack</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisone 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prednisone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	Nivel 1	
<b>MINERALCORTICOIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION</b>		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>DISPOSITIVOS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<b>AGUJAS Y JERINGAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<i>1st tier unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>1st tier unifine pentips plus</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>anti-stick allergy syringe</i>	Nivel 3	
<i>anti-stick immun syringe</i>	Nivel 3	
<i>anti-stick insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>anti-stick tuberculin syringe</i>	Nivel 3	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>aurora pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>aurora unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>careone insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>careone unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>careone unifine pentips plus</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 5 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>clickfine pen needles 31g x 6 mm , 31g x 8 mm , 32g x 4 mm</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 units per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>dropsafe safety pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>drug mart unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>drug mart unifine pentips plus</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>easy comfort pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>easy glide pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM , 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM ( <i>insulin pen needle</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>eql insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>freds pharmacy unifine pentip+</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>freds pharmacy unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
FREESTYLE PRECISION INS SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>global ease inject pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>global easy glide insulin syr</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>global easy glide pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>global inject ease insulin syr</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>global insulin syringes</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp clickfine pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>gnp insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 28gx1/2"</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 29gx1/2"</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 30gx5/16"</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 31gx5/16"</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp ultra com insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>goodsense clickfine pen needle</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>healthwise micron pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>healthwise mini pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>healthwise pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>healthwise short pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>healthwise unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>healthy accents unifine pentip</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>h-e-b incontrol pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringeneedle</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>insupen pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
INSUPEN SENSITIVE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
INSUPEN ULTRAFIN ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>kinray insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>kmart valu insulin syringe 29g</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>kmart valu insulin syringe 30g</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>croger insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>croger pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>leader insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>longs insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>medicine shoppe pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>meijer pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>mm insulin syringeneedle</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>ms insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE AUTOCOVER ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVOFINE AUTOCOVER PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOTWIST ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
NOVOTWIST PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pc unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles 1/2"</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles 3/16"</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles 5/16"</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>preferred plus unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>pro comfort pen needles 31g x 8 mm , 32g x 5 mm , 32g x 6 mm</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>pure comfort pen needle</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>px extra short pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>px insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>px mini pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>px pen needle</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>px shortlength pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>qc pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>qc unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>ra insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>ra pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
SAFESNAP INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sb insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
SHOPKO UNIFINE PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>sm insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>sure comfort insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>sure comfort pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
SURE-FINE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
SURE-JECT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>techlite insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
TERUMO SURGUARD2 SYRINGE ( <i>syringe/needle (disp)</i> )	Nivel 3	
<i>todays health mini pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>todays health pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>todays health short pen needle</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>topcare clickfine pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>topcare ultra comfort ins syr</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>true comfort insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>true comfort pro insulin syr</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>ultiguard safepack pen needle</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>ultracare insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>ultracare pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>ultra-comfort insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>value health insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>valumark pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
VIDA MIA UNIFINE PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>vp insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>wegmans unifine pentips plus</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>zevrx insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>zevrx pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<b>NEBULIZADORES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
BESTMED COMPRESSOR NEBULIZER ( <i>nebulizers</i> )	Nivel 3	
BESTMED ULTRASONIC NEBULIZER ( <i>nebulizers</i> )	Nivel 3	
HEALTHY LIVING COMPRESSOR/NEB DEVICE ( <i>nebulizers</i> )	Nivel 3	
LEXAN POCKET NEBULIZER ( <i>nebulizers</i> )	Nivel 3	
<i>nebulizer updraft-style</i>	Nivel 3	
PULMOMATE COMP/MICRO-MIST NEB ( <i>nebulizers</i> )	Nivel 3	
<b>SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE ( <i>lancet devices</i> )	Nivel 3	
<i>embrace lancing device/ejector</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp sterile lancets 28g</i>	Nivel 3	QL (204 lancets per 30 days)
<i>gnp sterile lancets 30g</i>	Nivel 3	QL (204 lancets per 30 days)
<i>gnp sterile lancets 33g</i>	Nivel 3	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH COMBO PACK ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA LANCETS FINE ( <i>lancets</i> )	Nivel 2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING ( <i>lancet devices</i> )	Nivel 2	
<i>px lancets microthin 33g</i>	Nivel 3	QL (204 lancets per 30 days)
<i>zevrx twist top lancets 30g</i>	Nivel 3	
<b>SUMINISTROS PARA LA TERAPIA RESPIRATORIA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE ( <i>respiratory therapy supplies</i> )	Nivel 3	
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE ( <i>respiratory therapy supplies</i> )	Nivel 3	
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<b>AGUJAS Y JERINGAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<i>1st tier unifine pentips</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>gnp insulin syringe</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp ulticare pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<b>APLICADORES, BOLAS DE ALGODÓN, ETC. - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP PAD ( <i>alcohol swabs</i> )	Nivel 3	
<b>CAPUCHONES CERVICALES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
FEMCAP VAGINAL DEVICE ( <i>cervical caps</i> )	Nivel 3; \$0	
<b>DIAPHRAGMAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm arc-spring</i> )	Nivel 3; \$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragms</i> )	Nivel 3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM ( <i>diaphragm wide seal</i> )	Nivel 3; \$0	
<b>DIURÉTICOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>COMBINACIONES DE DIURÉTICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>spironolactone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>triamterene oral capsule</i>	Nivel 2	
<b>DIURÉTICOS DEL ASA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>furosemide oral solution</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>toremide oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>DIURÉTICOS TIAZÍDICOS Y DIURÉTICOS TIPO TIAZÍDICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<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	

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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methazolamide oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ESTRÓGENOS - HORMONES</b>		
<b>ESTRÓGENO Y ANDRÓGENO - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>est estrogens-methyltest oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ESTRÓGENO Y PROGESTINA - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Amabelz Oral Tablet)	Nivel 1	
BIJUVA ORAL CAPSULE ( <i>estradiol-progesterone</i> )	Nivel 3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>jevantique lo oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Lopreeza Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Mimvey Lo Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Mimvey Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	
PREMPHASE ORAL TABLET ( <i>conj estrog-medroxyprogest ace</i> )	Nivel 3	
PREMPRO ORAL TABLET ( <i>conj estrog-medroxyprogest ace</i> )	Nivel 3	
<b>ESTRÓGENOS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>estradiol</i> (Dotti Transdermal Patch Twice Weekly)	Nivel 1	QL (8 patches per 28 days)
<i>estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	Nivel 1	QL (8 patches per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	Nivel 1	QL (4 patches per 28 days)
<i>estropipate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>estradiol</i> (Lyllana Transdermal Patch Twice Weekly)	Nivel 1	QL (8 patches per 28 days)
PREMARIN ORAL TABLET ( <i>estrogens conjugated</i> )	Nivel 3	QL (1 tablet per 1 day)
<b>FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>FLUOROQUINOLONAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 30 days)
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er oral tablet extended release 24 hour 1000 mg</i>	Nivel 1	QL (14 tablets 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ciprofloxacín-ciprofloxacín hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 30 days)
<i>levofloxacín oral tablet</i>	Nivel 2	QL (14 tablets per 30 days)
<i>ofloxacín oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 30 days)
<b>HIPNÓTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>doxepín hcl oral tablet</i>	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>HIPNÓTICOS ANTIHISTAMÍNICOS - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>cvs sleep aid nighttime oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>eq nighttime sleep aid max st oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>phenobarbital oral elixir</i>	Nivel 1	QL (100 mL per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	QL (800 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg</i>	Nivel 1	QL (741 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	QL (400 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (200 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 64.8 mg</i>	Nivel 1	QL (185 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 97.2 mg</i>	Nivel 1	QL (123 tablets per 30 days)
<b>MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>zaleplon oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<b>HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>phenobarbital oral tablet</i>	Nivel 1	QL (370 tablets per 30 days)
<b>HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>temazepam oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>triazolam oral tablet</i>	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>LAXANTES - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>COMBINACIONES DE LAXANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> )	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted)	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i> (Gavilyte-H Oral Kit)	Nivel 1; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> )	Nivel 3	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 gram per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> )	Nivel 3	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Trilyte Oral Solution Reconstituted)	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<b>LAXANTES VARIOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>constulose oral solution</i>	Nivel 1	
<i>lactulose oral solution</i>	Nivel 1	
<i>peg 3350 oral packet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>peg 3350 oral powder</i>	Nivel 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Nivel 1; \$0	
<b>MEZCLAS DE LAXANTES SALINOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
OSMOPREP ORAL TABLET ( <i>sod phos mono-sod phos dibasic</i> )	Nivel 3	QL (32 tablet per 30 days)
<i>phosphate laxative oral solution</i>	Nivel 3	
<i>saline laxative oral solution 0.9-2.4 gm/5ml</i>	Nivel 3	
<i>saline laxative oral solution 2.7-7.2 gm/5ml</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>MACRÓLIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AZITROMICINA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>azithromycin oral packet</i>	Nivel 1	QL (2 packets per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (15 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</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)
<b>CLARITROMICINA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 1 fill)
<i>clarithromycin oral tablet</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 1 fill)
<b>ERITROMICINAS - ANTIBIOTICS</b>		
E.E.S. 400 ORAL TABLET ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	Nivel 2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release)	Nivel 1	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET ( <i>erythromycin stearate</i> )	Nivel 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin stearate oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>pseudoeph-bromphen-dm</i> (Bromfed Dm Oral Syrup)	Nivel 1	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	Nivel 1	
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS OPIÁCEOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>promethazine vclcodeine oral syrup</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>promethazine-dm oral solution</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)

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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS OPIÁCEOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
TUZISTRA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE ( <i>codeine polst-chlorphen polst</i> )	Nivel 3	PA
VITUZ ORAL SOLUTION ( <i>hydrocodone-chlorpheniramine</i> )	Nivel 3	
<b>ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>cheratussin ac oral syrup</i>	Nivel 1	PA
<i>g tussin ac oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>guaiaatussin ac oral syrup</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifenesin ac oral syrup</i>	Nivel 1	PA
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>robafen ac oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>virtussin alc oral solution</i>	Nivel 1	PA
<b>ANTITUSIVOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>benzonatate oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>ANTITUSIVOS - OPIOIDES - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<i>hydromet oral syrup</i>	Nivel 1	PA; QL (120 mL per 1 fill)
<b>DESCONGESTIVO Y ANTIHISTAMÍNICO - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>promethazine vc oral syrup</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine vc plain oral solution</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)
<b>MUCOLÍTICOS - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	Nivel 2	
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>ANTAGONISTAS H2 - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>cimetidine 200 oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (3 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs heartburn relief oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>gnp heartburn relief oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>hm famotidine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>px acid reducer max st oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sb cimetidine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTIESPASMÓDICOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>cvs lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>cvs omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>eq lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>eql lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>gnp lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>goodsense lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>hm lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>kls lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole capsule delayed release 20 mg oral (rx)</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	
<i>ra lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>sm lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>ALCALOIDES DE LA BELLADONA - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
<i>hyoscyamine sulfate er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	
<b>ANTAGONISTAS H2 - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>famotidine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTICOLINÉRGICOS NASALES CUATERNARIOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</b>		
<i>glycopyrrolate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTIULCEROSOS VARIOS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>sucralfate oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>sucralfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>cvs omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>misoprostol oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>MINERALES Y ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>COMBINACIONES DE CALCIO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>calcium + d3 oral tablet</i>	Nivel 1	
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET ( <i>calcium carb-cholecalciferol</i> )	Nivel 1	
<i>qc calcium 600 +d3 oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>COMBINACIONES DE FLUORURO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
FLUOR-A-DAY ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>sodium fluoride-xylitol</i> )	Nivel 3	
<b>COMBINACIONES DE POTASIO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
EFFER-K ORAL TABLET EFFERVESCENT ( <i>potassium bicarb-citric acid</i> )	Nivel 3	
<i>effervescent pot chloride oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	
<i>pot bicarb-pot chloride oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	
<b>FLUORURO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>floritab oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sodium fluoride</i> (Ludent Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>sodium fluoride</i> (Nafrinse Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>sodium fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>POTASIO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>potassium bicarbonate</i> (Effer-K Oral Tablet Effervescent)	Nivel 1	
<i>k-effervescent oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M10 Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M15 Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Sprinkle Oral Capsule Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium bicarbonate</i> (Klor-Con/Ef Oral Tablet Effervescent)	Nivel 1	
<i>potassium bicarbonate</i> (K-Prime Oral Tablet Effervescent)	Nivel 1	
<i>k-vescent oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	
<i>potassium bicarbonate oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<b>SODIO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride injection solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 1	
<b>MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>VITAMINAS DEL COMPLEJO B - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>b complex (folic acid) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<b>VITAMINAS PEDIÁTRICAS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>adclf (0.5mg/ml) oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multi vit/fl oral tablet chewable</i>	Nivel 3; \$0	
<i>multi-vit/fluoride oral solution</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multi-vitamins/fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multivitamins/fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>pediatric multivitamins-fl</i> (Mvc-Fluoride Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>polyvitamin/fluoride oral solution</i>	Nivel 3; \$0	
<i>tri-vit/fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>tri-vitamin/fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>tri-vitelfluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>vitamins acd-fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<b>VITAMINAS PRENATALES - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET ( <i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
BAL-CARE DHA ORAL ( <i>prenat-fepoly-fered-fa-omega 3</i> )	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
<i>bp folinatal plus b oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>bp multinatal plus oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>bp multinatal plus oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>cadeau dha oral capsule</i>	Nivel 2	
CITRANATAL B-CALM ORAL ( <i>prenat w/o a fecbnfeglu-fa &amp;b6</i> )	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>complete natal dha oral</i>	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
<i>completenate oral tablet chewable</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CO-NATAL FA ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>dothelle dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
ELITE-OB ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
FOLCAPS OMEGA 3 ORAL CAPSULE ( <i>prenatal-fecbn-feasppl-fa-omeg</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>hemenatal ob + dha oral</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
INATAL GT ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>jenliva prenatal/postnatal oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>m-natal plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
M-VIT ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
MYNATAL ORAL CAPSULE ( <i>prenatal multivit-min-fe-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
MYNATAL ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mynatal plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mynatal-z oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
OBSTETRIX DHA ORAL ( <i>prenatal-fecbn-fa-dss-omega 3</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OBSTETRIX EC ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fe-methyl-dss-dha w/o a</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OBTREX DHA ORAL ( <i>prenatal-fecbn-fa-dss-omega 3</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
O-CAL FA ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
O-CAL PRENATAL ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv folic acid + iron oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv ob+dha oral</i>	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	Nivel 2	
<i>pnv prenatal plus multivitamin oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv tabs 29-1 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv-dha oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-dha+docusate oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-select oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv-vp-u oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PR NATAL 400 EC ORAL ( <i>prenat-febis-fepro-fa-ca-omega</i> )	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
PR NATAL 400 ORAL ( <i>prenat-febis-fepro-fa-ca-omega</i> )	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
PR NATAL 430 EC ORAL ( <i>prenat-febis-fepro-fa-ca-omega</i> )	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
PR NATAL 430 ORAL ( <i>prenat-febis-fepro-fa-ca-omega</i> )	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
PREFERAOB +DHA ORAL ( <i>prenat fepoly-fehempo-fa-dha</i> )	Nivel 2	
<i>prena 1 true oral</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prenaissance harmony dha oral</i>	Nivel 2	
<i>prenaissance next oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>prenaissance next-b oral tablet</i>	Nivel 2	
PRENATA ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATABS RX ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal (w/iron &amp; fa) oral tablet</i>	Nivel 2; \$0	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet 29-1 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable 29-1 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal one daily oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal plus iron oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE ( <i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>preplus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pretab oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>purefe ob plus oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>prenatal vit-fe psac cmplx-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>se-natal 19 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>se-natal 19 oral tablet chewable</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-BC ORAL ( <i>prenatal w/o vit a-fecbn-fa-b6</i> )	Nivel 2	QL (1 unit per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
TARON-PREX ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fefum-dss-fa-dha w/o a</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>thrivite 19 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>thrivite rx oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tl folate oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tl-care dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE PRENATAL DHA ONE ORAL CAPSULE 0.8 MG ( <i>prenatal multivit-min-fe-fa</i> )	Nivel 2	
TRICARE PRENATAL DHA ONE ORAL CAPSULE 27-1-500 MG ( <i>prenatal-fefum-fa-dss-fish oil</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>trinatal rx 1 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATE ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tri-tabs dha oral</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
TRIVEEN-DUO DHA ORAL ( <i>prenat-febis-fepro-fa-ca-omega</i> )	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
<i>ultimatecare one oral capsule</i>	Nivel 2	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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VEMAVITE-PRX 2 ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fefum-dss-fa-dha w/o a</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>vena-bal dha oral</i>	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
<i>vil-rx oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE CARE ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i> )	Nivel 2	
VINATE II ORAL TABLET ( <i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE M ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-sel-fe fum-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE ONE ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>virt nate oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>virt-advance oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>virt-c dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>virt-pn oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>virtprex oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>virt-vite gt oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL STRIPS ORAL FILM ( <i>prenatal-b6-b12-d3-folic acid</i> )	Nivel 2	QL (1 EA per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITA-PREN ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-docusate-iron-fa</i> )	Nivel 2	
<i>vol-nate oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>vol-plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>vol-tab rx oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>vp-ggr-b6 prenatal oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>vp-heme ob + dha oral</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<b>OXITÓCICOS - HORMONES</b>		
<b>OXITÓCICOS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>methylergonovine maleate</i> (Methergine Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>PENICILINAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AMINOPENICILINAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (500 mL per 1 fill)
<i>amoxicillin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ampicillin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<b>COMBINACIONES DE PENICILINA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	QL (40 tablets per 1 fill)
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<b>PENICILINAS NATURALES - ANTIBIOTICS</b>		
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO</b>		
<b>ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO</b>		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK COMPACT PLUS IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
CHEMSTRIP K IN VITRO STRIP ( <i>acetone (urine) test</i> )	Nivel 3	
DIASTIX IN VITRO STRIP ( <i>glucose urine test-glucose ox</i> )	Nivel 3	
<i>ketone test in vitro strip</i>	Nivel 3	
KETOSTIX IN VITRO STRIP ( <i>acetone (urine) test</i> )	Nivel 3	
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
RELION KETONE IN VITRO STRIP ( <i>acetone (urine) test</i> )	Nivel 3	
RELION KETONE TEST IN VITRO STRIP ( <i>acetone (urine) test</i> )	Nivel 3	
<b>MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>		
GLUCAGEN DIAGNOSTIC INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>glucagon hcl rdna (diagnostic)</i> )	Nivel 2	
<i>glucagon hcl (diagnostic) injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	
<b>PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>COMIDA PARA BEBÉ - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
ENFAGROW PREMIUM LIPIL ORAL POWDER ( <i>infant foods</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENFAGROW PREMIUM OLDER TODDLER ORAL POWDER ( <i>infant foods</i> )	Nivel 3	
SIMILAC PURE BLISS ORAL POWDER ( <i>infant foods</i> )	Nivel 3	
<b>SUPLEMENTOS NUTRICIONALES - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
CAMINO PRO 15PE ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
CAMINO PRO COMPLETE/GLYTACTIN ORAL BAR ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
CAMINO PRO PKU ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
<i>equacare jr oral powder</i>	Nivel 3	
FIBERSOURCE HN ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN BETTERMILK 15 ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN BETTERMILK DE-LITE ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN BUILD 10PE ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN BUILD 20/20 PKU ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN BURST ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN COMPLETE 10PE ORAL BAR ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RESTORE 10 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RESTORE 5 ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RESTORE LITE 10 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RESTORE LITE 10PE ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RTD 10 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RTD 15 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN RTD LITE 15 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
GLYTACTIN SWIRL 15PE ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
HOMACTIN AA PLUS ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
HOMACTIN AA PLUS ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
ISOVACTIN AA PLUS ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KATE FARMS CORE ESSENTIALS 1.0 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KATE FARMS PEPTIDE 1.5 ENTERAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KATE FARMS STANDARD 1.0 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KATE FARMS STANDARD 1.4 ENTERAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KETOVIE 4:1 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KETOVIE ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KETOVIE PEPTIDE ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
NOURISH ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
NUTRAMINE ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
PHENACTIN AA PLUS ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
PKU EASY MICROTABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
PKU GO ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
PKU SPHERE 20 ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
PROMACTIN AA PLUS ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
TYLACTIN BUILD 20PE TYR ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
TYLACTIN RESTORE 10 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
TYLACTIN RESTORE 5PE ORAL PACKET ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
TYLACTIN RTD 15 ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
VILACTIN AA PLUS ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
<b>PRODUCTOS DIGESTIVOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>ENZIMAS DIGESTIVAS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES ( <i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i> )	Nivel 2	QL (25 capsules per 1 day)
<b>PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGONISTAS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT(1) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</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 refill subcutaneous solution cartridge</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 solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	Nivel 2	QL (6 syringes 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 12/01/2021



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	Nivel 2	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	QL (2 syringes per 30 days)
<b>COMBINACIONES DE ERGOTAMINA - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	Nivel 1	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY ( <i>ergotamine-caffeine</i> )	Nivel 1	
<b>PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	Nivel 2	ST; QL (8 bottles per 30 days)
<b>PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole</i> (Vandazole Vaginal Gel)	Nivel 1	
<b>ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	Nivel 1	QL (90 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	Nivel 1	QL (40 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal suppository</i>	Nivel 1	QL (6 suppositories per 30 days)
<b>ESTRÓGENOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<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)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM ( <i>estrogens, conjugated</i> )	Nivel 3	QL (1 grams per 1 day)
<i>estradiol</i> (Yuvafem Vaginal Tablet)	Nivel 2	QL (18 tablets per 28 days)
<b>PROGESTINAS - HORMONES</b>		
<b>PROGESTINAS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>medroxyprogesterone acetate 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)

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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<b>SULFONAMIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>SULFONAMIDAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGENTE PARA EL TDAH - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<b>ANFETAMINAS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Procentra Oral Solution)	Nivel 1	PA; QL (60 mL per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	Nivel 3	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	Nivel 3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	Nivel 3	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )	Nivel 3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 10 Mg)	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 15 Mg)	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
ZENZEDI ORAL TABLET 2.5 MG ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	Nivel 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 20 Mg, 30 Mg)	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 1	PA; DO
ZENZEDI ORAL TABLET 7.5 MG ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	Nivel 1	PA; QL (6 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ESTIMULANTES VARIOS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Er Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 18 mg, 27 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 36 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 54 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	Nivel 1	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<b>MEZCLAS DE ANFETAMINAS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphetamine er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>TETRACICLINAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>TETRACICLINAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>avidoxy oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl</i> (Coremino Oral Tablet Extended Release 24 Hour)	Nivel 1	PA
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (600 mL per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Lymepak Oral Tablet)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	PA
<i>minocycline hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>minocycline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Morgidox Oral Capsule)	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>TOXOIDES - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>COMBINACIONES DE TOXOIDES - VACCINES</b>		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>tetanus-diphth-acell pertussis</i> )	Nivel 3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>tetanus-diphth-acell pertussis</i> )	Nivel 3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>tetanus-diphth-acell pertussis</i> )	Nivel 3; \$0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>diphth-acell pertussis-tetanus</i> )	Nivel 3; \$0	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension</i>	Nivel 3; \$0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>diphth-acell pertussis-tetanus</i> )	Nivel 3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>dtap-ipv vaccine</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</i> )	Nivel 3; \$0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>dtap-ipv-hib vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>tetanus-diphtheria toxoids td</i> )	Nivel 3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>tetanus-diphtheria toxoids td</i> )	Nivel 3; \$0	
<i>tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension</i>	Nivel 3; \$0	
<b>VACUNAS - BIOLOGICAL AGENTS</b>		
<b>COMBINACIONES DE VACUNAS VIRALES - VACCINES</b>		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>measles, mumps &amp; rubella vac</i> )	Nivel 3; \$0	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE ( <i>measles, mumps &amp; rubella vac</i> )	Nivel 3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>measles-mumps-rubella-varicell</i> )	Nivel 3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis a-hep b recomb vac</i> )	Nivel 3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis a-hep b recomb vac</i> )	Nivel 3; \$0	
<b>VACUNAS BACTERIANAS - VACCINES</b>		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>haemophilus b polysac conj vac</i> )	Nivel 3; \$0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>meningococcal b recomb omv adj</i> )	Nivel 2; \$0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>haemophilus b polysac conj vac</i> )	Nivel 3; \$0	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>meningococcal a c y&amp;w-135 conj</i> )	Nivel 3; \$0	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>mening acy&amp;w-135 diphth conj</i> )	Nivel 3; \$0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>meningococcal a c y&amp;w-135 conj</i> )	Nivel 3; \$0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>mening acy&amp;w-135 tetanus conj</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>meningococcal a c y&amp;w-135 olig</i> )	Nivel 3; \$0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>haemophilus b polysac conj vac</i> )	Nivel 3; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE ( <i>pneumococcal vac polyvalent</i> )	Nivel 2; \$0	
PREVNAR 13 INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>pneumococcal 13-val conj vacc</i> )	Nivel 2; \$0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>pneumococcal 20-val conj vacc</i> )	Nivel 2; \$0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>meningococcal b vac (recomb)</i> )	Nivel 2; \$0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>typhoid vi polysaccharide vacc</i> )	Nivel 3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>pneumococcal 15-val conj vacc</i> )	Nivel 2	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE ( <i>typhoid vaccine</i> )	Nivel 2	
<b>VACUNAS VIRALES - VACCINES</b>		
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza virus vaccine split</i> )	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	Nivel 1; \$0	QL (2 injections per 180 days)
AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
ENGERIX-B INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
EZ FLU SHOT-FLUCELVAX QUAD INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT ( <i>influenza vac subunit quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 kit per 1 fill)
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac a&amp;b surf ant adj</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUAD QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac a&amp;b sa adj quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>influenza vac recombinant ha</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac recomb ha quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac subunit quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac subunit quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUMIST QUADRIVALENT NASAL SUSPENSION ( <i>influenza virus vac live quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUVIRIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac typ a&amp;b surf ant</i> )	Nivel 1; \$0	
FLUVIRIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac typ a&amp;b surf ant</i> )	Nivel 1; \$0	
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split high-dose</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac high-dose quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (0.7 mL per 1 fill)
FLUZONE QUADRIVALENT INTRADERMAL SUSPENSION PEN-INJECTOR ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	
FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hpv 9-valent recomb vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hpv 9-valent recomb vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis a vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>hepatitis b vac recomb adj</i> )	Nivel 3; \$0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recomb adj</i> )	Nivel 3; \$0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE ( <i>rabies virus vaccine, hdc</i> )	Nivel 3	
IPOL INJECTION INJECTABLE ( <i>poliovirus vaccine inactivated</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 12/01/2021

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>japanese encephalitis vac inac</i> )	Nivel 3	
RBAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rabies vaccine, pcec</i> )	Nivel 3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rotavirus vaccine live oral</i> )	Nivel 3; \$0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION ( <i>rotavirus vac live pentavalent</i> )	Nivel 3; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>zoster vac recomb adjuvanted</i> )	Nivel 2; \$0	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis a vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE ( <i>varicella virus vaccine live</i> )	Nivel 3; \$0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE ( <i>yellow fever vaccine</i> )	Nivel 3	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>zoster vaccine live</i> )	Nivel 2; \$0	
<b>VASOPRESORES - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION</b>		
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	Nivel 1	QL (2 pens per 1 fill)
<b>VASOPRESORES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION</b>		
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>VITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>VITAMINA D - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>vitamin d (ergocalciferol) 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 12/01/2021



## Index

<i>1st tier unifine pentips</i> .....	89, 96	ALFERON N.....	75	Aranelle.....	51
<i>1st tier unifine pentips plus</i> .....	89	<i>alfuzosin hcl er</i> .....	31	ARANESP (ALBUMIN FREE)....	32, 33
<i>abacavir sulfate</i> .....	81	ALINIA.....	16	<i>aranesp (albumin free)</i> .....	32
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	82	<i>allergy 24-hr</i> .....	70	Argyle Sterile Saline.....	31
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> ..	82	<i>allopurinol</i> .....	38	<i>aripiprazole</i> .....	19
<i>abiraterone acetate</i> .....	75	ALOCRI.....	34	Ascomp-Codeine.....	46
<i>acamprosate calcium</i> .....	40	<i>alogliptin benzoate</i> .....	63	Ashlyna.....	50
<i>acarbose</i> .....	63	ALOMIDE.....	34	ASMANEX (120 METERED	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS.....	110	<i>alprazolam</i> .....	13	DOSES).....	15
ACCU-CHEK COMPACT PLUS....	110	ALTABAX.....	22	ASMANEX (14 METERED	
ACCU-CHEK GUIDE.....	110	Altavera.....	52	DOSES).....	15
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	110	<i>alyacen 1135</i> .....	52	ASMANEX (30 METERED	
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	110	<i>alyacen 71717</i> .....	51	DOSES).....	15
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	110	<i>alyq</i> .....	20	ASMANEX (60 METERED	
<i>acebutolol hcl</i> .....	83	Amabelz.....	98	DOSES).....	15
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	46	<i>amantadine hcl</i> .....	78	ASMANEX (7 METERED DOSES)..	15
<i>acetaminophen-codeine #2</i> .....	46	<i>ambrisentan</i> .....	20	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	32
<i>acetaminophen-codeine #3</i> .....	46	<i>amcinonide</i> .....	24	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
<i>acetaminophen-codeine #4</i> .....	46	Amethia.....	50	SYR.....	89
Acetasol Hc.....	36	Amethia Lo.....	49	ASSURE ID SAFETY PEN	
<i>acetazolamide</i> .....	98	Amethyst.....	49	NEEDLES.....	89
<i>acetazolamide er</i> .....	98	<i>amiloride hcl</i> .....	97	ATABEX EC.....	106
<i>acetic acid</i> .....	36	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	97	ATABEX OB.....	106
<i>acetylcysteine</i> .....	102	<i>amitriptyline hcl</i> .....	59	<i>atazanavir sulfate</i> .....	80
<i>acitretin</i> .....	23	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ...	69	<i>atenolol</i> .....	83
ACTHIB.....	117	<i>amlodipine besylate</i> .....	84	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	69
<i>acyclovir</i> .....	78	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> 68,	69	<i>atomoxetine hcl</i> .....	114
ADACEL.....	116	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	20	<i>atorvastatin calcium</i> .....	67
<i>adapalene</i> .....	27	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	68	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	77
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> .....	24	<i>ammonium lactate</i> .....	26	Aubra.....	52
<i>adcl/f (0.5mg/ml)</i> .....	105	Amnesteem.....	27	Aubra Eq.....	52
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	78	<i>amoxapine</i> .....	59	<i>aurora pen needles</i> .....	89
ADEMPAS.....	20	<i>amoxicillin</i> .....	109	<i>aurora unifine pentips</i> .....	89
ADVAIR HFA.....	15	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	110	Aurovela 1.5/30.....	52
ADVOCATE INSULIN PEN		<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> ....	110	Aurovela 1/20.....	53
NEEDLES.....	89	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> ..	115	Aurovela 24 Fe.....	53
ADVOCATE INSULIN SYRINGE....	89	<i>amphetamine-</i>		Aurovela Fe 1.5/30.....	53
Afeditab Cr.....	84	<i>dextroamphetamine</i> .....	115, 116	Aurovela Fe 1/20.....	53
AFINITOR.....	73	<i>ampicillin</i> .....	109, 110	Aviane.....	53
AFINITOR DISPERZ.....	73	<i>anagrelide hcl</i> .....	32	<i>avidoxy</i> .....	116
Afirmelle.....	52	<i>anastrozole</i> .....	75	Avita.....	27
AFLURIA.....	118	ANDROXY.....	47	AVONEX.....	39
AFLURIA PRESERVATIVE FREE..	118	<i>anti-stick allergy syringe</i> .....	89	AVONEX PEN.....	39
AFLURIA QUADRIVALENT.....	118	<i>anti-stick immun syringe</i> .....	89	AVONEX PREFILLED.....	39
AFTERA.....	50	<i>anti-stick insulin syringe</i> .....	89	Ayuna.....	53
AFTERPILL.....	50	<i>anti-stick tuberculin syringe</i> .....	89	<i>azathioprine</i> .....	88
<i>ak-poly-bac</i> .....	35	APOKYN.....	77	<i>azelaic acid</i> .....	21
<i>ala-cort</i> .....	24	<i>apo-varenicline</i> .....	40	<i>azelastine hcl</i> .....	33, 34
<i>albuterol sulfate</i> .....	14	<i>apraclonidine hcl</i> .....	34	<i>azithromycin</i> .....	101
ALBUTEROL SULFATE HFA.....	14	Apri.....	52	Azurette.....	49
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	24	APTIVUS.....	80	<i>b complex (folic acid)</i> .....	105
<i>alendronate sodium</i> .....	28				

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 12/01/2021

<b>b complex formula 1 (wl fa)</b> .....	105	Beser.....	24	<b>calcipotriene-betameth diprop</b> .....	24
Bac.....	45	BESIVANCE.....	34	<b>calcitonin (salmon)</b> .....	28
<b>bacitracin</b> .....	34	BESTMED COMPRESSOR		Calcitrene.....	23
<b>bacitracin-polymyxin b</b> .....	35	NEBULIZER.....	95	<b>calcium + d3</b> .....	104
<b>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</b> ...	35	BESTMED ULTRASONIC		<b>calcium acetate</b> .....	30
<b>baclofen</b> .....	38	NEBULIZER.....	95	<b>calcium acetate (phos binder)</b> .....	30
BAL-CARE DHA.....	106	<b>betamethasone dipropionate</b> .....	24	Camila.....	51
BALCOLTRA.....	53	<b>betamethasone dipropionate aug</b>	24	CAMINO PRO 15PE.....	111
<b>balsalazide disodium</b> .....	30	<b>betamethasone valerate</b> .....	24	CAMINO PRO	
Balziva.....	53	<b>betaxolol hcl</b> .....	35, 83	COMPLETE/GLYTACTIN.....	111
BARACLUDGE.....	79	<b>bethanechol chloride</b> .....	66	CAMINO PRO PKU.....	111
BAYER ASPIRIN EXTRA		<b>bexarotene</b> .....	72	Camrese.....	50
STRENGTH.....	45	BEXSERO.....	117	Camrese Lo.....	50
<b>b-complex (folic acid)</b> .....	105	<b>bicalutamide</b> .....	73	<b>candesartan cilexetil-hctz</b> .....	69
<b>b-complex plus b-12</b> .....	105	BIJUVA.....	98	Capacet.....	45
<b>b-complex-c (w/folic acid)</b> .....	105	BIKTARVY.....	82	<b>capecitabine</b> .....	73
BD AUTOSHIELD.....	89	<b>bimatoprost</b> .....	36	CAPRELSA.....	74
BD AUTOSHIELD DUO.....	89	<b>bisoprolol fumarate</b> .....	83	CARBAGLU.....	29
BD INSULIN SYRINGE.....	89	<b>bisoprolol-hydrochlorothiazide</b> ...	69	<b>carbamazepine</b> .....	57
BD INSULIN SYRINGE HALF-		Blisovi 24 Fe.....	53	<b>carbamazepine er</b> .....	57
UNIT.....	89	Blisovi Fe 1.5/30.....	53	<b>carbidopa</b> .....	78
BD INSULIN SYRINGE		Blisovi Fe 1/20.....	53	<b>carbidopa-levodopa</b> .....	77
MICROFINE.....	89	BOOSTRIX.....	116	<b>carbidopa-levodopa er</b> .....	77
BD INSULIN SYRINGE U/F.....	89	BOSULIF.....	72	<b>carbinoxamine maleate</b> .....	70
BD INSULIN SYRINGE U/F		<b>bp folinatal plus b</b> .....	106	CAREFINE PEN NEEDLES.....	90
1/2UNIT.....	89	<b>bp multinatal plus</b> .....	106	<b>careone insulin syringe</b> .....	90
BD INSULIN SYRINGE		<b>bp wash</b> .....	27	<b>careone unifine pentips</b> .....	90
ULTRAFINE.....	89	<b>bpo foaming cloths</b> .....	27	<b>careone unifine pentips plus</b> .....	90
BD PEN NEEDLE MICRO U/F.....	89	<b>briellyn</b> .....	53	CARETOUCH INSULIN SYRINGE..	90
BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	89	<b>brimonidine tartrate</b> .....	34	CARETOUCH PEN NEEDLES.....	90
BD PEN NEEDLE NANO 2ND		Bromfed Dm.....	101	<b>carteolol hcl</b> .....	35
GEN.....	89	<b>bromocriptine mesylate</b> .....	78	Cartia Xt.....	84
BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	89	<b>budesonide</b> .....	15, 88	<b>carvedilol</b> .....	84
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F...	89	<b>budesonide-formoterol fumarate</b> .	15	Cataflam.....	42
BD PEN NEEDLE SHORT U/F.....	89	<b>buprenorphine hcl</b> .....	46	CAYA.....	96
BD SAFETYGLIDE INSULIN		<b>buprenorphine hcl-naloxone hcl</b> ..	46	CAYSTON.....	17
SYRINGE.....	89	<b>bupropion hcl</b> .....	60	Caziant.....	51
BD SAFETY-LOK INSULIN		<b>bupropion hcl er (smoking det)</b> ....	40	<b>cefaclor</b> .....	86
SYRINGE.....	90	<b>bupropion hcl er (sr)</b> .....	60	<b>cefaclor er</b> .....	86
BD VEO INSULIN SYR U/F		<b>bupropion hcl er (xl)</b> .....	60	<b>cefadroxil</b> .....	86
1/2UNIT.....	90	<b>buspirone hcl</b> .....	13	<b>cefdinir</b> .....	87
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F...	90	<b>butalbital-acetaminophen</b> .....	45	<b>cefditoren pivoxil</b> .....	87
Bekyree.....	49	<b>butalbital-apap</b> .....	45	<b>cefixime</b> .....	87
<b>benazepril hcl</b> .....	69	<b>butalbital-apap-caff-cod</b> .....	46	<b>cefpodoxime proxetil</b> .....	87
<b>benazepril-hydrochlorothiazide</b> ...	70	<b>butalbital-apap-caffeine</b> .....	45	<b>cefprozil</b> .....	86, 87
BENZEFOAM.....	27	<b>butalbital-asa-caff-codeine</b> .....	47	<b>ceftibuten</b> .....	87
Benzepro Short Contact.....	27	<b>butalbital-asa-caffeine</b> .....	45	<b>cefuroxime axetil</b> .....	87
<b>benzonatate</b> .....	102	<b>butalbital-aspirin-caffeine</b> .....	45	<b>celecoxib</b> .....	44
<b>benzoyl peroxide cleanser</b> .....	27	<b>butorphanol tartrate</b> .....	46	<b>cephalexin</b> .....	86
<b>benzoyl peroxide-erythromycin</b> ....	24	<b>cabergoline</b> .....	28	Cerisa Wash.....	24
<b>benztropine mesylate</b> .....	77	<b>cadeau dha</b> .....	106	CESAMET.....	66
BERINERT.....	32	<b>calcipotriene</b> .....	23	<b>cevimeline hcl</b> .....	37

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 12/01/2021

CHANTIX.....	41	<i>clonazepam</i> .....	57	<i>cvs omeprazole magnesium</i>	
CHANTIX CONTINUING MONTH		<i>clonidine hcl</i> .....	68	.....	103, 104
PAK.....	41	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	32	<i>cvs sleep aid nighttime</i> .....	99
CHANTIX STARTING MONTH		<i>clotrimazole</i> .....	22, 37	<i>cyanocobalamin</i> .....	33
PAK.....	41	<i>clotrimazole af</i> .....	22	Cyclafem 1/35.....	53
Charlotte 24 Fe.....	53	<i>clotrimazole anti-fungal</i> .....	22	Cyclafem 7/7/7.....	51
Chateal.....	53	CLOTTRIMAZOLE GRX.....	22	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	38
Chateal Eq.....	53	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	22	<i>cyclophosphamide</i> .....	76
CHEMET.....	65	Clovique.....	87	<i>cycloserine</i> .....	17
CHEMSTRIP K.....	110	<i>clozapine</i> .....	19	<i>cyclosporine</i> .....	87
<i>cheratussin ac</i> .....	102	COARTEM.....	77	<i>cyclosporine modified</i> .....	87
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	37	<i>codeine sulfate</i> .....	45	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	71
<i>chloroquine phosphate</i> .....	77	<i>colchicine</i> .....	38	Cyred.....	53
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	19	<i>colchicine-probenecid</i> .....	39	Cyred Eq.....	53
<i>chlorthalidone</i> .....	97	<i>colesevelam hcl</i> .....	67	CYSTADANE.....	29
<i>chlorzoxazone</i> .....	38	Colocort.....	12	DALIRESP.....	16
<i>choline fenofibrate</i> .....	66	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>danazol</i> .....	47
<i>chorionic gonadotropin</i> .....	29	DOSE).....	74	<i>dantrolene sodium</i> .....	38
<i>ciclopirox</i> .....	23	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>dapsone</i> .....	16, 22
<i>ciclopirox olamine</i> .....	23	DOSE).....	74	DAPTACEL.....	116
<i>cilostazol</i> .....	32	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	74	Dasetta 1/35.....	53
<i>cimetidine</i> .....	102	COMFORT ASSIST INSULIN		Dasetta 7/7/7.....	51
<i>cimetidine 200</i> .....	102	SYRINGE.....	90	Daysee.....	50
<i>cimetidine hcl</i> .....	102	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	90	Deblitane.....	51
<i>cinacalcet hcl</i> .....	28	COMFORT EZ MICRO PEN		Decadron.....	88
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	34, 36, 98	NEEDLES.....	90	Deltasone.....	88
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er</i> .....	98, 99	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	90	Delyla.....	53
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	36	COMFORT EZ SHORT PEN		<i>demeclocycline hcl</i> .....	116
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	60	NEEDLES.....	90	Denta 5000 Plus.....	37
CITRANATAL B-CALM.....	106	COMFORT TOUCH ALCOHOL		Dentagel.....	37
Claravis.....	27	PREP.....	96	DESCOVY.....	82
<i>clarithromycin</i> .....	101	COMFORT TOUCH INSULIN PEN		<i>desipramine hcl</i> .....	59
<i>clarithromycin er</i> .....	101	NEED.....	90	<i>desloratadine</i> .....	71
Clearplex X.....	27	<i>complete natal dha</i> .....	106	<i>desmopressin ace spray refrig</i> .....	30
<i>clemastine fumarate</i> .....	70	<i>completenate</i> .....	106	<i>desmopressin acetate</i> .....	30
CLEVER CHOICE COMFORT EZ.....	90	CO-NATAL FA.....	106	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	30
CLICKFINE PEN NEEDLES.....	90	CONCEPT DHA.....	106	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	49, 53
<i>clickfine pen needles</i> .....	90	CONCEPT OB.....	106	<i>desonide</i> .....	25
Clindacin Etz.....	21	<i>constulose</i> .....	100	<i>desoximetasone</i> .....	25
Clindacin-P.....	21	Coremino.....	116	<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	61
<i>clindamycin hcl</i> .....	17	Cormax Scalp Application.....	25	<i>dexamethasone</i> .....	88
<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	17	<i>corti-sav</i> .....	22	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	24	<i>cortisone acetate</i> .....	88	<i>phosphate</i> .....	35
<i>clindamycin phosphate</i> .....	21, 22, 113	CORTISPORIN.....	24	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	115
Clinpro 5000.....	37	CRIXIVAN.....	80	<i>dexmethylphenidate hcl er</i> .....	115
<i>clobetasol prop emollient base</i> .....	24	<i>cromolyn sodium</i> .....	14, 34	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	114
<i>clobetasol propionate</i> .....	25	Cryselle-28.....	53	<i>dextroamphetamine sulfate er</i> .....	114
<i>clobetasol propionate e</i> .....	25	Curity Sterile Saline.....	31	DIASTIX.....	110
<i>clobetasol propionate emulsion</i> .....	25	<i>cvs clotrimazole</i> .....	22	DIATHRIVE PEN NEEDLE.....	90
<i>clocortolone pivalate</i> .....	25	<i>cvs heartburn relief</i> .....	103	<i>diazepam</i> .....	13
<i>clocortolone pivalate pump</i> .....	25	<i>cvs lansoprazole</i> .....	103	Diazepam Intensol.....	13
<i>clomipramine hcl</i> .....	59			<i>diclofenac potassium</i> .....	42

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 12/01/2021

<i>diclofenac sodium</i> .....	21, 34, 42	<i>easy glide pen needles</i> .....	90	EPIVIR HBV.....	79
<i>diclofenac sodium er</i> .....	42	EASY TOUCH FLIPLOCK		<i>eq lansoprazole</i> .....	103
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	110	INSULIN SY.....	90	<i>eq nighttime sleep aid max st</i> .....	99
<i>dicyclomine hcl</i> .....	103	EASY TOUCH INSULIN SAFETY		<i>eq insulin syringe</i> .....	91
<i>didanosine</i> .....	81, 82	SYR.....	90	<i>eq lansoprazole</i> .....	103
<i>diflunisal</i> .....	45	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.	90	<i>equacare jr</i> .....	111
Digitek.....	86	EASY TOUCH PEN NEEDLES.	90, 96	ERBITUX.....	72
Digox.....	86	EASY TOUCH SAFETY PEN		<i>ergocalciferol</i> .....	120
<i>digoxin</i> .....	86	NEEDLES.....	91	<i>ergoloid mesylates</i> .....	40
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	113	EASY TOUCH SHEATHLOCK		<i>ergotamine-caffeine</i> .....	113
DILANTIN.....	58	SYRINGE.....	91	ERIVEDGE.....	74
<i>diltiazem cd</i> .....	84	<i>ec-naproxen</i> .....	42	<i>erlotinib hcl</i> .....	72
<i>diltiazem hcl</i> .....	85	<i>econazole nitrate</i> .....	22	Errin.....	51
<i>diltiazem hcl er</i> .....	85	ECONTRA EZ.....	50	<i>ertapenem sodium</i> .....	17
<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	84	ECONTRA ONE-STEP.....	50	<i>ery</i> .....	22
<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	84, 85	EDURANT.....	81	Ery-Tab.....	101
<i>dilt-xr</i> .....	85	<i>efavirenz</i> .....	81	ERYTHROCIN STEARATE.....	101
<i>diphenatol</i> .....	65	EFFER-K.....	104	<i>erythromycin</i> .....	22, 34, 101
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	70	Effer-K.....	105	<i>erythromycin base</i> .....	101
<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	65	<i>effervescent pot chloride</i> .....	104	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	101
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> .....	116	Elinest.....	53	<i>erythromycin stearate</i> .....	101
<i>dipyridamole</i> .....	32	ELIQUIS.....	49	<i>escitalopram oxalate</i> .....	60
<i>disopyramide phosphate</i> .....	48	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	49	Esgic.....	45
<i>disulfiram</i> .....	40	ELITE-OB.....	106	<i>essentra wipes 9x9"</i> .....	27
<i>divalproex sodium</i> .....	57	ELLA.....	50	<i>est estrogens-methyltest</i> .....	98
<i>divalproex sodium er</i> .....	57	ELMIRON.....	31	Estarylla.....	53
<i>dofetilide</i> .....	48	Eluryng.....	56	<i>estradiol</i> .....	98, 113
Dolishale.....	49	<i>embrace lancing device/ejector</i> .....	95	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	98
<i>dorzolamide hcl</i> .....	36	EMCYT.....	75	ESTRING.....	113
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....	35	Emoquette.....	53	<i>estropipate</i> .....	98
<i>dothelle dha</i> .....	106	<i>emtricitabine</i> .....	81	<i>ethacrynic acid</i> .....	97
Dotti.....	98	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	82	<i>ethambutol hcl</i> .....	17
<i>doxazosin mesylate</i> .....	68	EMTRIVA.....	81	<i>ethosuximide</i> .....	58
<i>doxepin hcl</i> .....	59, 99	<i>enalapril maleate</i> .....	69	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	53
<i>doxycycline</i> .....	21	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	70	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	56
<i>doxycycline hyclate</i> .....	116	ENBREL.....	43	<i>etoposide</i> .....	76
<i>doxycycline monohydrate</i> .....	116	ENBREL MINI.....	43	<i>etravirine</i> .....	81
DROPLET GENTEEL LANCING		ENBREL SURECLICK.....	43	<i>euthyrox</i> .....	41
DEVICE.....	95	Endocet.....	47	<i>everolimus</i> .....	73
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	90	ENFAGROW PREMIUM LIPIL.....	110	EXEL COMFORT POINT INSULIN	
DROPLET PEN NEEDLES.....	90	ENFAGROW PREMIUM OLDER		SYR.....	91
<i>dropsafe safety pen needles</i> .....	90	TODDLER.....	111	EXEL COMFORT POINT PEN	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> .....	53	ENGERIX-B.....	118	NEEDLE.....	91
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	53	<i>enoxaparin sodium</i> .....	48	<i>exemestane</i> .....	75
DROXIA.....	32	Enpresse-28.....	51	EXTAVIA.....	39
<i>drug mart unifine pentips</i> .....	90	Enskyce.....	53	EZ FLU SHOT-FLUCELVAX	
<i>drug mart unifine pentips plus</i> .....	90	<i>entacapone</i> .....	78	QUAD.....	118
DULERA.....	15	<i>enulose</i> .....	30	Falmina.....	53
<i>duloxetine hcl</i> .....	61	EPCLUSA.....	79	<i>famciclovir</i> .....	78
E.E.S. 400.....	101	<i>epinastine hcl</i> .....	34	<i>famotidine</i> .....	103
<i>easy comfort insulin syringe</i> .....	90	<i>epinephrine</i> .....	120	FARXIGA.....	62
<i>easy comfort pen needles</i> .....	90	Epitol.....	57	FARYDAK.....	73

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 12/01/2021

Fayosim.....	50	<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	15	<i>global ease inject pen needles</i> .....	91
<i>fe c tab plus</i> .....	33	<i>fluvastatin sodium</i> .....	67	<i>global easy glide insulin syr</i> .....	91
<i>felbamate</i> .....	58	<i>fluvastatin sodium er</i> .....	67	<i>global easy glide pen needles</i> .....	91
<i>felodipine er</i> .....	85	FLUVIRIN.....	119	<i>global inject ease insulin syr</i> .....	91
FEMCAP.....	96	FLUZONE HIGH-DOSE.....	119	<i>global insulin syringes</i> .....	91
Femynor.....	53	FLUZONE HIGH-DOSE		GLUCAGEN DIAGNOSTIC.....	110
<i>fenofibrate</i> .....	66	QUADRIVALENT.....	119	GLUCAGEN HYPOKIT.....	64
<i>fenofibrate micronized</i> .....	66	FLUZONE QUADRIVALENT.....	119	<i>glucagon emergency</i> .....	64
<i>fenofibric acid</i> .....	66	FOLCAPS OMEGA 3.....	106	<i>glucagon hcl (diagnostic)</i> .....	110
<i>fentanyl</i> .....	45	<i>folic acid</i> .....	32	<i>glyburide</i> .....	65
FIBERSOURCE HN.....	111	FOLIVANE-OB.....	106	<i>glyburide-metformin</i> .....	62
FIFTY50 PEN NEEDLES.....	91	<i>fondaparinux sodium</i> .....	48	<i>glycopyrrolate</i> .....	104
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT		FORTICAL.....	28	GLYTACTIN BETTERMILK 15.....	111
SYR.....	91	FOSAMAX PLUS D.....	28	GLYTACTIN BETTERMILK DE-	
<i>finasteride</i> .....	31	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	80	LITE.....	111
FLAVOR BLEND.....	12	<i>fosinopril sodium</i> .....	69	GLYTACTIN BUILD 10PE.....	111
<i>flavor plus</i> .....	12	<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	70	GLYTACTIN BUILD 20/20 PKU.....	111
<i>flavor sweet</i> .....	12	<i>freds pharmacy unifine pentip+</i> ... 91		GLYTACTIN BURST.....	111
<i>flavor sweet-sf</i> .....	12	<i>freds pharmacy unifine pentips</i> ... 91		GLYTACTIN COMPLETE 10PE....	111
<i>flecainide acetate</i> .....	48	FREESTYLE PRECISION INS		GLYTACTIN RESTORE 10.....	111
FLOVENT DISKUS.....	15	SYR.....	91	GLYTACTIN RESTORE 5.....	111
FLOVENT HFA.....	15	<i>furosemide</i> .....	97	GLYTACTIN RESTORE LITE 10... 111	
FLUAD.....	118	FUZEON.....	80	GLYTACTIN RESTORE LITE	
FLUAD QUADRIVALENT.....	118	Fyavolv.....	98	10PE.....	111
FLUARIX QUADRIVALENT.....	118	<i>g tussin ac</i> .....	102	GLYTACTIN RTD 10.....	111
FLUBLOK.....	118	<i>gabapentin</i> .....	57	GLYTACTIN RTD 15.....	111
FLUBLOK QUADRIVALENT.....	119	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	40	GLYTACTIN RTD LITE 15.....	111
FLUCELVAX QUADRIVALENT.....	119	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	40	GLYTACTIN SWIRL 15PE.....	111
<i>fluconazole</i> .....	71	GARDASIL 9.....	119	<i>gnp clickfine pen needles</i> .....	91
<i>flucytosine</i> .....	71	GAVILYTE-C.....	100	<i>gnp heartburn relief</i> .....	103
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	89	Gavilyte-G.....	100	<i>gnp insulin syringe</i> .....	91, 96
FLULAVAL QUADRIVALENT.....	119	Gavilyte-H.....	100	<i>gnp insulin syringes</i> .....	91
FLUMIST QUADRIVALENT.....	119	Gavilyte-N With Flavor Pack.....	100	<i>gnp insulin syringes 28gx1/2"</i> .....	91
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	25, 36	<i>gemfibrozil</i> .....	67	<i>gnp insulin syringes 29gx1/2"</i> .....	91
<i>fluocinolone acetonide body</i> .....	25	Gemmily.....	53	<i>gnp insulin syringes 30gx5/16"</i> ....	91
<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .....	25	<i>generlac</i> .....	30	<i>gnp insulin syringes 31gx5/16"</i> ....	91
<i>fluocinonide</i> .....	25	Gengraf.....	87, 88	<i>gnp lansoprazole</i> .....	103
<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	25	GENTAK.....	34	<i>gnp nicotine</i> .....	41
FLUOR-A-DAY.....	104	<i>gentamicin sulfate</i> .....	34	<i>gnp nicotine mini</i> .....	41
Fluoridex.....	37	GENVOYA.....	82	<i>gnp sterile lancets 28g</i> .....	96
Fluoridex Enhanced Whitening.....	38	Gianvi.....	53	<i>gnp sterile lancets 30g</i> .....	96
FLUORIDEX SENSITIVITY		Gildagia.....	53	<i>gnp sterile lancets 33g</i> .....	96
RELIEF.....	37	Gildess 1.5/30.....	53	<i>gnp ulticare pen needles</i> .....	96
<i>fluoritab</i> .....	104	Gildess 1/20.....	54	<i>gnp ultra com insulin syringe</i> .....	91
<i>fluorometholone</i> .....	35	GILENYA.....	40	<i>goodsense clickfine pen needle</i> ... 91	
<i>fluorouracil</i> .....	22	GILOTRIF.....	72	<i>goodsense lansoprazole</i> .....	103
<i>fluoxetine hcl</i> .....	60	GLEOSTINE.....	77	GOODSENSE PEN NEEDLE	
<i>fluoxetine hcl (p added)</i> .....	39	<i>glimepiride</i> .....	64	PENFINE.....	91
<i>fluphenazine hcl</i> .....	19	<i>glipizide</i> .....	64	<i>griseofulvin microsize</i> .....	71
<i>flurandrenolide</i> .....	25	<i>glipizide er</i> .....	64	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	71
<i>flutamide</i> .....	73	<i>glipizide xl</i> .....	64	<i>guaifenesin ac</i> .....	102
<i>fluticasone propionate</i> .....	25, 33	<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	62	<i>guaifenesin ac</i> .....	102

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 12/01/2021

<i>guaifenesin-codeine</i> .....	102	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS	<i>indomethacin er</i> .....	42
<i>guanfacine hcl</i> .....	68	START.....	INFANRIX.....	116
<i>guanidine hcl</i> .....	17	HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT	INLYTA.....	76
Hailey 1.5/30.....	54	STARTER.....	<i>insulin lispro</i> .....	64
Hailey 24 Fe.....	54	HUMULIN 70/30.....	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i> .....	63
Hailey Fe 1.5/30.....	54	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .....	63
Hailey Fe 1/20.....	54	HUMULIN N.....	<i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> .....	63
<i>halcinonide</i> .....	26	HUMULIN N KWIKPEN.....	<i>insulin syringe</i> .....	92
<i>halobetasol propionate</i> .....	26	HUMULIN R.....	<i>insulin syringe/needle</i> .....	92
HALOG.....	26	HUMULIN R U-500	<i>insulin syringe-needle u-100</i> .....	92
<i>haloperidol</i> .....	18, 19	(CONCENTRATED).....	<i>insupen pen needles</i> .....	92
HAVRIX.....	119	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	INSUPEN SENSITIVE.....	92
<i>healthwise micron pen needles</i> .....	91	HYCANTIN.....	INSUPEN ULTRAFIN.....	92
<i>healthwise mini pen needles</i> .....	91	<i>hydralazine hcl</i> .....	INTELENCE.....	81
<i>healthwise pen needles</i> .....	91	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	INTRON A.....	75
<i>healthwise short pen needles</i> .....	91	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i> .....	Introvale.....	50
<i>healthwise unifine pentips</i> .....	91	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	INVANZ.....	17
<i>healthy accents unifine pentip</i> .....	91	<i>hydrocodone-homatropine</i> .....	INVIRASE.....	80
HEALTHY LIVING		<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	IPOL.....	119
COMPRESSOR/NEB.....	95	<i>hydrocortisone</i> .....	<i>ipratropium bromide</i> .....	14, 33
Heather.....	51	<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	15
<i>h-e-b incontrol pen needles</i> .....	91	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> ....	<i>irbesartan</i> .....	68
H-E-B INCONTROL UNIFINE		<i>hydrocortisone butyr lipo base</i> ....	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ....	69
PENTIP.....	91	<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	ISENTRESS.....	80
<i>hemenatal ob + dha</i> .....	106	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	Isibloom.....	54
Hemmorex-Hc.....	13	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	Isochron.....	13
<i>heparin (porcine) in nacl</i> .....	48	<i>hydromet</i> .....	<i>isoniazid</i> .....	17
HEPLISAV-B.....	119	<i>hydromorphone hcl</i> .....	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	13
HEXALEN.....	72	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	<i>isosorbide dinitrate er</i> .....	13
HIBERIX.....	117	<i>hydroxyurea</i> .....	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	14
<i>hm famotidine</i> .....	103	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	14
<i>hm fexofenadine hcl</i> .....	71	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	ISOVACTIN AA PLUS.....	111
<i>hm lansoprazole</i> .....	103	<i>hyoscyamine sulfate er</i> .....	<i>itraconazole</i> .....	71
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE	92	HYQVIA.....	<i>ivermectin</i> .....	66
HM ULTICARE SHORT PEN		<i>ibandronate sodium</i> .....	IXIARO.....	120
NEEDLES.....	92	IBRANCE.....	Jaimiess.....	50
HOMACTIN AA PLUS.....	111	lbu.....	JAKAFI.....	75
HUMALOG.....	63	lbudone.....	Jantoven.....	48
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	63	<i>ibuprofen</i> .....	JANUMET.....	62
HUMALOG KWIKPEN.....	63	ICAR-C PLUS.....	JANUMET XR.....	62
HUMALOG MIX 50/50.....	63	lclevia.....	JANUVIA.....	63
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN....	63	ICLUSIG.....	JARDIANCE.....	62
HUMALOG MIX 75/25.....	63	<i>imatinib mesylate</i> .....	<i>jasmiel</i> .....	54
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....	63	IMBRUVICA.....	Jencycla.....	51
HUMIRA.....	44	<i>imipramine hcl</i> .....	<i>jenliva prenatal/postnatal</i> .....	106
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>imiquimod</i> .....	<i>jevantique lo</i> .....	98
START.....	43	IMOVAX RABIES.....	Jinteli.....	98
HUMIRA PEN.....	43	IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	Jolessa.....	50
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INATAL GT.....	Jolivette.....	51
STARTER.....	43	Incassia.....	Juleber.....	54
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		<i>indapamide</i> .....	Junel 1.5/30.....	54
START.....	44	<i>indomethacin</i> .....	Junel 1/20.....	54

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 12/01/2021

Junel Fe 1.5/30.....	54	LANOXIN.....	86	<i>lidocaine-hydrocortisone ace</i> .....	12
Junel Fe 1/20.....	54	<i>lansoprazole</i> .....	103	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	23
Junel Fe 24.....	54	LANTUS.....	64	Lillow.....	54
Kaitlib Fe.....	54	LANTUS SOLOSTAR.....	64	<i>lindane</i> .....	26
KALETRA.....	82	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	74	<i>linezolid</i> .....	17
Kalliga.....	54	Larin 1.5/30.....	54	<i>liothyronine sodium</i> .....	42
KALYDECO.....	41	Larin 1/20.....	54	<i>lisinopril</i> .....	69, 70
Karigel.....	38	Larin 24 Fe.....	54	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	70
Karigel-N.....	38	Larin Fe 1.5/30.....	54	LITETOUCH INSULIN SYRINGE....	92
Kariva.....	49	Larin Fe 1/20.....	54	LITETOUCH PEN NEEDLES.....	92
KATE FARMS CORE		Larissia.....	54	<i>lithium</i> .....	18
ESSENTIALS 1.0.....	111	<i>latanoprost</i> .....	36	<i>lithium carbonate</i> .....	18
KATE FARMS PEPTIDE 1.5.....	111	Layolis Fe.....	54	<i>lithium carbonate er</i> .....	18
KATE FARMS STANDARD 1.0....	112	<i>leader insulin syringe</i> .....	92	LO LOESTRIN FE.....	49
KATE FARMS STANDARD 1.4....	112	LEADER UNIFINE PENTIPS.....	92	Loestrin 1.5/30 (21).....	54
<i>k-effervescent</i> .....	105	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	92	Loestrin 1/20 (21).....	54
Kelnor 1/35.....	54	Leena.....	51	Loestrin Fe 1.5/30.....	54
Kelnor 1/50.....	54	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	76	Loestrin Fe 1/20.....	54
<i>ketoconazole</i> .....	22, 23, 71	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	76	Lojaimiess.....	50
<i>ketone test</i> .....	110	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	76	Lomedia 24 Fe.....	54
<i>ketorolac tromethamine</i> .....	34, 42	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	76	<i>longs insulin syringe</i> .....	92
KETOSTIX.....	110	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	76	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	82
KETOVIE.....	112	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	76	Lopreeza.....	98
KETOVIE 4:1.....	112	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	76	<i>lorazepam</i> .....	13
KETOVIE PEPTIDE.....	112	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	76	Lorcet.....	47
Kimidess.....	49	Lessina.....	54	Lorcet Hd.....	47
<i>kinray insulin syringe</i> .....	92	<i>letrozole</i> .....	75	Loryna.....	54
KINRIX.....	116, 117	<i>leucovorin calcium</i> .....	72	<i>losartan potassium</i> .....	68
Kionex.....	88	LEUKERAN.....	76	<i>losartan potassium-hctz</i> .....	69
Klor-Con.....	105	<i>leuprolide acetate</i> .....	72	LOTEMAX.....	35
Klor-Con 10.....	105	<i>levabuterol tartrate</i> .....	14	<i>loteprednol etabonate</i> .....	35, 36
Klor-Con M10.....	105	<i>levetiracetam</i> .....	58	<i>lovastatin</i> .....	67
Klor-Con M15.....	105	<i>levetiracetam er</i> .....	57, 58	Low-Ogestrel.....	55
Klor-Con M20.....	105	<i>levocarnitine</i> .....	29	<i>loxapine succinate</i> .....	19
Klor-Con Sprinkle.....	105	<i>levocarnitine sf</i> .....	29	Lo-Zumandimine.....	55
Klor-Con/Ef.....	105	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	71	<i>lubiprostone</i> .....	30
<i>kls lansoprazole</i> .....	103	<i>levofloxacin</i> .....	34, 99	Ludent.....	104
<i>kmart valu insulin syringe 29g</i> ....	92	Levonest.....	51	LUMIGAN.....	36
<i>kmart valu insulin syringe 30g</i> ....	92	<i>levonorgest-eth est &amp; eth est</i> .....	50	LUPANETA PACK.....	28
<i>kp clotrimazole</i> .....	23	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> .....	50	Lutera.....	55
<i>kp fexofenadine hcl</i> .....	71	<i>levonorgestrel</i> .....	50	Lyleq.....	51
<i>kp folic acid</i> .....	32	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	49, 54	Lyllana.....	98
K-Prime.....	105	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	52	Lymepak.....	116
<i>croger insulin syringe</i> .....	92	Levora 0.15/30 (28).....	54	LYNPARZA.....	76
<i>croger pen needles</i> .....	92	Levo-T.....	41	LYSODREN.....	73
Kurvelo.....	54	<i>levothyroxine sodium</i> .....	41	Lyza.....	51
<i>k-vescent</i> .....	105	<i>levothyroxine-liothyronine</i> .....	41	MAGELLAN INSULIN SAFETY	
<i>lactulose</i> .....	100	Levoxyl.....	42	SYR.....	92
<i>lactulose encephalopathy</i> .....	30	LEXAN POCKET NEBULIZER.....	95	<i>malathion</i> .....	26
<i>lamivudine</i> .....	81	LEXIVA.....	80	<i>maprotiline hcl</i> .....	60
<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	82	<i>lidocaine viscous</i> .....	37	MARATHON MEDICAL PENTIPS...	92
<i>lamotrigine</i> .....	57	<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	37	<i>marlissa</i> .....	55

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 12/01/2021

<i>marten-tab</i> .....	45	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i> .....	115	<i>multi-vitamin/fluoride</i> .....	106
MATULANE.....	75	<i>methylphenidate hcl er (la)</i> .....	115	<i>multivitamins/fluoride</i> .....	106
Matzim La.....	85	<i>methylprednisolone</i> .....	88	<i>multi-vitamins/fluoride</i> .....	106
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 92		<i>metipranolol</i> .....	35	<i>mupirocin</i> .....	22
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoclopramide hcl</i> .....	31	Mvc-Fluoride.....	106
SYRINGE.....	92	<i>metoprolol succinate er</i> .....	83	M-VIT.....	106
MAXI-COMFORT SAFETY PEN		<i>metoprolol tartrate</i> .....	83	MY CHOICE.....	50
NEEDLE.....	92	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...69		MY WAY.....	50
<i>meclizine hcl</i> .....	66	<i>metronidazole</i> .....	16, 21, 113	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	87, 88
<i>meclofenamate sodium</i> .....	42	<i>mexiletine hcl</i> .....	48	<i>mycophenolate sodium</i> .....	87
<i>medicine shoppe pen needles</i> .....	92	Mibelas 24 Fe.....	55	MYLERAN.....	72
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		MICOTRIN AC.....	23	MYNATAL.....	107
.....	51, 113	MICRODOT PEN NEEDLE.....	92	MYNATAL ADVANCE.....	107
<i>mefloquine hcl</i> .....	77	Microgestin 1.5/30.....	55	<i>mynatal plus</i> .....	107
<i>meijer pen needles</i> .....	92	Microgestin 1/20.....	55	<i>mynatal-z</i> .....	107
MEKINIST.....	74	Microgestin 24 Fe.....	55	<i>mynate 90 plus</i> .....	107
Melodetta 24 Fe.....	55	Microgestin Fe 1.5/30.....	55	Myzilra.....	52
<i>meloxicam</i> .....	42	Microgestin Fe 1/20.....	55	<i>nabumetone</i> .....	42, 43
<i>melphalan</i> .....	76	<i>midodrine hcl</i> .....	120	<i>nadolol-bendroflumethiazide</i> .....	69
<i>memantine hcl</i> .....	40	MIGERGOT.....	113	Nafrinse.....	104
MENACTRA.....	117	Mili.....	55	<i>naloxone hcl</i> .....	65
MENQUADFI.....	117	Mimvey.....	98	<i>naltrexone hcl</i> .....	65
MENVEO.....	118	Mimvey Lo.....	98	<i>naphazoline hcl</i> .....	35
<i>meperidine hcl</i> .....	45	<i>minocycline hcl</i> .....	116	<i>naproxen</i> .....	43
<i>mercaptapurine</i> .....	73	<i>minocycline hcl er</i> .....	116	<i>naproxen dr</i> .....	43
Merzee.....	55	<i>minoxidil</i> .....	70	<i>naproxen kit</i> .....	43
<i>mesalamine er</i> .....	30	<i>mirtazapine</i> .....	59	<i>naproxen sodium</i> .....	43
<i>mesalamine-cleanser</i> .....	30	<i>misoprostol</i> .....	104	<i>naratriptan hcl</i> .....	112
Metadate Er.....	115	<i>mm insulin syringel/needle</i> .....	92	NARCAN.....	65
<i>metaproterenol sulfate</i> .....	14	MM PEN NEEDLES.....	92	NATALVIT.....	107
<i>metformin hcl</i> .....	62	M-M-R II.....	117	NATAZIA.....	51
<i>metformin hcl er</i> .....	62	<i>m-natal plus</i> .....	106	NATURE-THROID.....	42
<i>methadone hcl</i> .....	45	Moderiba.....	79	<i>nebulizer updraft-style</i> .....	95
Methadone Hcl Intensol.....	45	<i>mometasone furoate</i> .....	26	Necon 0.5/35 (28).....	55
Methadose.....	46	MONOJECT INSULIN SYRINGE... 92		Necon 1/35 (28).....	55
<i>methazolamide</i> .....	98	MONOJECT ULTRA COMFORT		NECON 1/50 (28).....	55
<i>methenamine hippurate</i> .....	16	SYRINGE.....	92	Necon 7/7/7.....	52
<i>methenamine mandelate</i> .....	16	Mono-Linyah.....	55	<i>nefazodone hcl</i> .....	60
Methergine.....	109	Mononessa.....	55	<i>neomycin sulfate</i> .....	42
<i>methimazole</i> .....	41	<i>montelukast sodium</i> .....	14	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> ..35	
<i>methitest</i> .....	47	Morgidox.....	116	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> ...35	
<i>methotrexate</i> .....	73	<i>morphine sulfate</i> .....	46	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..35	
<i>methotrexate sodium</i> .....	73	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ...46		<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	35, 36
<i>methoxsalen</i> .....	23	<i>morphine sulfate er</i> .....	46	Neo-Polycin.....	35
<i>methoxsalen rapid</i> .....	23	MOTOFEN.....	28	Neo-Polycin Hc.....	35
<i>methscopolamine bromide</i> .....	104	MOVIPREP.....	100	NEULASTA.....	33
<i>methyclothiazide</i> .....	97	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	34	NEULASTA ONPRO.....	33
<i>methyldopa</i> .....	68	<i>ms insulin syringe</i> .....	92	Neutragard Advanced.....	38
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide</i> ..67		MULTAQ.....	48	<i>neutral sodium fluoride</i> .....	38
<i>methylergonovine maleate</i> .....	109	<i>multi vit/fl</i> .....	105	<i>nevirapine</i> .....	81
<i>methylphenidate hcl</i> .....	115	<i>multi-vit/fluoride</i> .....	105	NEW DAY.....	50
<i>methylphenidate hcl er</i> .....	115	<i>multivitamin/fluoride</i> .....	106	NEXAVAR.....	74

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 12/01/2021



NEXT CHOICE ONE DOSE.....	50	NOVOTWIST PEN NEEDLE.....	93	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	66
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .....	67	<i>np thyroid</i> .....	42	<i>oxycodone hcl</i> .....	46
<i>nicotine polacrilex mini</i> .....	41	NUTRAMINE.....	112	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	47
NICOTROL.....	41	NUTROPIN AQ NUSPIN 10.....	29	<i>oxycodone-aspirin</i> .....	47
NICOTROL NS.....	41	NUTROPIN AQ NUSPIN 20.....	29	<i>oxycodone-ibuprofen</i> .....	47
Nifedical XI.....	85	NUTROPIN AQ NUSPIN 5.....	29	<i>oxymorphone hcl</i> .....	46
<i>nifedipine</i> .....	85	Nyamyc.....	23	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>nifedipine er</i> .....	85	Nylia 7/7/7.....	52	MG/DOSE).....	61
<i>nifedipine er osmotic release</i> .....	85	Nymyo.....	55	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	61
Nikki.....	55	<i>nystatin</i> .....	23, 37, 71	<i>palonosetron hcl</i> .....	65
<i>nilutamide</i> .....	73	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	22	<i>pantoprazole sodium</i> .....	103
<i>nisoldipine er</i> .....	85	Nystop.....	23	<i>paricalcitol</i> .....	30
<i>nitazoxanide</i> .....	16	OBSTETRIX DHA.....	107	Paroex.....	37
<i>nitisinone</i> .....	30	OBSTETRIX EC.....	107	<i>paromomycin sulfate</i> .....	42
NITRO-BID.....	14	OBSTETRIX ONE.....	107	<i>paroxetine hcl</i> .....	61
<i>nitrofurantoin</i> .....	16	OBTREX DHA.....	107	<i>paroxetine hcl er</i> .....	60, 61
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	16	O-CAL FA.....	107	<i>pc unifine pentips</i> .....	93
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ....	16	O-CAL PRENATAL.....	107	PCCA SWEET-SF.....	12
<i>nitroglycerin</i> .....	14	Ocella.....	55	PCCA SYRUP VEHICLE.....	12
<i>nitroglycerin er</i> .....	14	ODOMZO.....	74	PCCA-PLUS.....	12
NITRO-TIME.....	14	OFEV.....	41	PEDIARIX.....	117
NIVA-PLUS.....	107	<i>ofloxacin</i> .....	34, 36, 99	PEDVAX HIB.....	118
Nora-Be.....	51	OGESTREL.....	55	<i>peg 3350</i> .....	100
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	55	<i>olanzapine</i> .....	18	<i>peg 3350/electrolytes</i> .....	100
<i>norethindrone</i> .....	51	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	68	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....	100
<i>norethindrone acetate</i> .....	113	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	69	<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	100
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ....	55	<i>olopatadine hcl</i> .....	33, 34	<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat</i> ..	100
<i>norethindrone-eth estradiol</i> .....	98	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	66	PEGANONE.....	58
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> .....	55	<i>omeprazole</i> .....	103, 104	PEGASYS.....	79
<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	55	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	96	PEGASYS PROCLICK.....	79
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ....	52	<i>ondansetron</i> .....	65	PEGINTRON.....	79
Norlyda.....	51	<i>ondansetron hcl</i> .....	65	PEG-INTRON.....	79
Norlyroc.....	51	ONETOUCH COMBO PACK.....	96	PEG-INTRON REDIPEN.....	79
Nortrel 0.5/35 (28).....	55	ONETOUCH DELICA LANCETS		PEG-INTRON REDIPEN PAK 4.....	79
Nortrel 1/35 (21).....	55	FINE.....	96	<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> .....	100
Nortrel 1/35 (28).....	55	ONETOUCH DELICA SAFETY		<i>pen needles</i> .....	93
Nortrel 7/7/7.....	52	LANCING.....	96	<i>pen needles 1/2"</i> .....	93
<i>nortriptyline hcl</i> .....	59	ONETOUCH ULTRA.....	110	<i>pen needles 3/16"</i> .....	93
NORVIR.....	80	ONETOUCH VERIO.....	110	<i>pen needles 5/16"</i> .....	93
NOURISH.....	112	OPCICON ONE-STEP.....	50	<i>penicillamine</i> .....	87
NOVOFINE.....	92	OPTION 2.....	50	<i>penicillin v potassium</i> .....	110
NOVOFINE AUTOCOVER.....	92	Oralene.....	37	PENTACEL.....	117
NOVOFINE AUTOCOVER PEN		ORENCIA.....	44	PENTIPS.....	93
NEEDLE.....	93	ORENCIA CLICKJECT.....	44	<i>pentoxifylline er</i> .....	32
NOVOFINE PEN NEEDLE.....	93	ORFADIN.....	30	Periogard.....	37
NOVOFINE PLUS.....	93	Orsythia.....	55	<i>permethrin</i> .....	27
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE....	93	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	83	<i>perphenazine</i> .....	19
NOVOLIN N FLEXPEN.....	64	OSMOPREP.....	100	PHENACTIN AA PLUS.....	112
NOVOLIN N FLEXPEN RELION.....	64	OTEZLA.....	44	Phenadoz.....	70
NOVOLIN R FLEXPEN.....	64	<i>oxandrolone</i> .....	47	<i>phenazopyridine hcl</i> .....	31
NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	64	<i>oxcarbazepine</i> .....	58	<i>phenelzine sulfate</i> .....	60
NOVOTWIST.....	93	<i>oxybutynin chloride</i> .....	66	<i>phenobarbital</i> .....	99

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 12/01/2021

<i>phenoxybenzamine hcl</i> .....	67	<i>prednisolone</i> .....	88	PROMACTA.....	33
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	58	<i>prednisolone acetate</i> .....	36	PROMACTIN AA PLUS.....	112
Philith.....	55	<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>promethazine hcl</i> .....	70
<i>phosphate laxative</i> .....	100	.....	36, 88	<i>promethazine vc</i> .....	102
PHOSPHOLINE IODIDE.....	36	<i>prednisone</i> .....	88, 89	<i>promethazine vc plain</i> .....	102
Phrenilin Forte.....	45	PREFERAOB +DHA.....	107	<i>promethazine vclcodeine</i> .....	101
<i>pimecrolimus</i> .....	27	<i>preferred plus insulin syringe</i> .....	93	<i>promethazine-codeine</i> .....	102
<i>pimozide</i> .....	40	<i>preferred plus unifine pentips</i> .....	93	<i>promethazine-dm</i> .....	101
Pimtreo.....	49	<i>pregabalin</i> .....	58	<i>promethazine-phenyleph-</i>	
<i>pioglitazone hcl</i> .....	65	PREMARIN.....	98, 113	<i>codeine</i> .....	101
Pirmella 1/35.....	55	PREMPHASE.....	98	<i>promethazine-phenylephrine</i> .....	102
Pirmella 7/7/7.....	52	PREMPRO.....	98	Promethegan.....	70
PKU EASY MICROTABS.....	112	<i>prena 1 true</i> .....	107	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3...104	
PKU GO.....	112	<i>prenaissance harmony dha</i> .....	107	<i>propafenone hcl</i> .....	48
PKU SPHERE 20.....	112	<i>prenaissance next</i> .....	107	<i>propafenone hcl er</i> .....	48
PLEGRIDY.....	39	<i>prenaissance next-b</i> .....	107	<i>propranolol hcl</i> .....	83, 84
PLEGRIDY STARTER PACK.....	39	PRENATA.....	107	<i>propranolol hcl er</i> .....	83
PLENVU.....	100	PRENATABS RX.....	107	<i>propranolol-hctz</i> .....	69
PNEUMOVAX 23.....	118	<i>prenatal</i> .....	108	<i>propylthiouracil</i> .....	41
<i>pnv folic acid + iron</i> .....	107	<i>prenatal (wliron &amp; fa)</i> .....	107	PROQUAD.....	117
<i>pnv ob+dha</i> .....	107	<i>prenatal 19</i> .....	108	<i>protriptyline hcl</i> .....	59
<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i> ...107		<i>prenatal one daily</i> .....	108	PROVIDA OB.....	108
<i>pnv prenatal plus multivitamin</i> ...107		<i>prenatal plus</i> .....	108	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i> .....	101
<i>pnv tabs 29-1</i> .....	107	<i>prenatal plus iron</i> .....	108	PULMICORT FLEXHALER.....	15
<i>pnv-dha</i> .....	107	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ...108		PULMOMATE COMP/MICRO-	
<i>pnv-dha+docusate</i> .....	107	PRENATAL-U.....	108	MIST NEB.....	95
<i>pnv-select</i> .....	107	<i>preplus</i> .....	108	<i>pure comfort pen needle</i> .....	93
<i>pnv-vp-u</i> .....	107	<i>pretab</i> .....	108	<i>purefe ob plus</i> .....	108
<i>podofilox</i> .....	21	PREVENT SAFETY PEN		<i>px acid reducer max st</i> .....	103
Polycin.....	35	NEEDLES.....	93, 96	<i>px extra short pen needles</i> .....	93
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	100	PREVENTEZA.....	50	<i>px insulin syringe</i> .....	93
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	35	Previfem.....	56	<i>px lancets microthin 33g</i> .....	96
<i>polyvitamin/fluoride</i> .....	106	PREVNAR 13.....	118	<i>px mini pen needles</i> .....	93
POMALYST.....	75	PREVNAR 20.....	118	<i>px pen needle</i> .....	93
Portia-28.....	56	PREZISTA.....	80, 81	<i>px shortlength pen needles</i> .....	93
<i>pot bicarb-pot chloride</i> .....	104	PRIFTIN.....	17	<i>pyrazinamide</i> .....	17
<i>potassium bicarbonate</i> .....	105	<i>primaquine phosphate</i> .....	77	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	17
<i>potassium chloride crys er</i> .....	105	<i>primidone</i> .....	58	<i>pyrimethamine</i> .....	77
<i>potassium chloride er</i> .....	105	PRO COMFORT INSULIN		<i>qc calcium 600 +d3</i> .....	104
<i>potassium citrate er</i> .....	31	SYRINGE.....	93	<i>qc clotrimazole</i> .....	23
<i>potassium citrate-citric acid</i> .....	31	<i>pro comfort pen needles</i> .....	93	<i>qc fexofenadine hydrochloride</i> ....71	
PR NATAL 400.....	107	PRO COMFORT PEN NEEDLES...93		<i>qc nicotine transdermal system</i> ...41	
PR NATAL 400 EC.....	107	<i>probenecid</i> .....	39	<i>qc pen needles</i> .....	93
PR NATAL 430.....	107	Procentra.....	114	<i>qc unifine pentips</i> .....	93
PR NATAL 430 EC.....	107	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	19	QUADRACEL.....	117
PRADAXA.....	49	Procto-Med Hc.....	13	Quasense.....	50
<i>pramcort</i> .....	12	Procto-Pak.....	13	<i>quetiapine fumarate</i> .....	19
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	77	Proctosol Hc.....	13	<i>quinapril hcl</i> .....	70
<i>pravastatin sodium</i> .....	67	Proctozone-Hc.....	13	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....70	
<i>praziquantel</i> .....	66	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	93	<i>quinidine sulfate</i> .....	48
<i>prazosin hcl</i> .....	68	<i>progesterone</i> .....	114	<i>quinidine sulfate er</i> .....	48
<i>prednicarbate</i> .....	26	<i>progesterone micronized</i> .....	113	<i>quinine sulfate</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 12/01/2021

QVAR.....	15	SAFESNAP INSULIN SYRINGE.....	93	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	29
<i>ra clotrimazole</i> .....	23	Salacyn.....	21	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	88
<i>ra insulin syringe</i> .....	93	<i>salicylic acid</i> .....	21	<i>sodium sulfacetamide wash</i> .....	27
<i>ra lansoprazole</i> .....	103	<i>salicylic acid-cleanser</i> .....	21	Sorine.....	84
<i>ra pen needles</i> .....	93	<i>saline laxative</i> .....	100	<i>sotalol hcl</i> .....	84
RABAVERT.....	120	SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	28	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	84
Rajani.....	56	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	29	<i>sotalol hydrochloride</i> .....	84
<i>raloxifene hcl</i> .....	29	SAVELLA.....	39	<i>spinosad</i> .....	27
<i>ramipril</i> .....	70	SAVELLA TITRATION PACK.....	39	SPIRIVA HANDIHALER.....	14
<i>rasagiline mesylate</i> .....	78	<i>sb cimetidine</i> .....	103	SPIRIVA RESPIMAT.....	14
<i>raspberry syrup</i> .....	12	<i>sb insulin syringe</i> .....	94	<i>spironolactone</i> .....	97
REACT.....	50	<i>sb polyethylene glycol 3350</i> .....	100	Sprintec 28.....	56
REBIF.....	39	<i>scopolamine</i> .....	66	SPRYCEL.....	72
REBIF REBIDOSE.....	39	SELECT-OB.....	108	SPS.....	88
REBIF REBIDOSE TITRATION		<i>selegiline hcl</i> .....	78	Sronyx.....	56
PACK.....	39	<i>selenium sulfide</i> .....	27	Ssd.....	27
REBIF TITRATION PACK.....	40	SELZENTRY.....	80	Ssd (Silver Sulfadiazine).....	27
Reclipsen.....	56	SEMGLEE.....	64	<i>stavudine</i> .....	82
RECOMBIVAX HB.....	120	<i>se-natal 19</i> .....	108	STELARA.....	23, 31
Relafen.....	43	SEREVENT DISKUS.....	14	STIVARGA.....	74
RELENZA DISKHALER.....	83	<i>sertraline hcl</i> .....	61	<i>stress formula (folic acid)</i> .....	105
RELION INSULIN SYRINGE.....	93	Setlakin.....	50	STRIBILD.....	82
RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	93	<i>sevelamer carbonate</i> .....	30	<i>sucralfate</i> .....	104
RELION KETONE.....	110	<i>sf</i> .....	38	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	36
RELION KETONE TEST.....	110	<i>sf 5000 plus</i> .....	38	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	22
RELION MINI PEN NEEDLES.....	93	Sharobel.....	51	<i>sulfacetamide sod-sulfur wash</i> ....	24
RELION PEN NEEDLES.....	93	SHINGRIX.....	120	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	35
RELION SHORT PEN NEEDLES....	93	SHOPKO UNIFINE PENTIPS.....	94	<i>sulfacetamide-sulfur in urea</i> .....	24
RESCRIPTOR.....	81	SHOPKO UNIFINE PENTIPS		<i>sulfadiazine</i> .....	114
REVLIMID.....	87	PLUS.....	94	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ...	16
Ribasphere.....	79	<i>silver sulfadiazine</i> .....	27	<i>sulfamez wash</i> .....	24
RIBASPHERE.....	79	SIMILAC PURE BLISS.....	111	<i>sulfasalazine</i> .....	30
<i>ribavirin</i> .....	79	Simliya.....	49	Sulfatrim Pediatric.....	16
RIDAURA.....	44	Simpesse.....	50	<i>sulindac</i> .....	43
<i>rifabutin</i> .....	18	<i>simple syrup</i> .....	12	<i>sumatriptan succinate</i> .....	112, 113
<i>rifampin</i> .....	18	SIMPONI.....	44	<i>sumatriptan succinate refill</i> .....	112
RIFATER.....	18	SIMPONI ARIA.....	44	<i>sunitinib malate</i> .....	74
<i>rimantadine hcl</i> .....	79	<i>simvastatin</i> .....	67	SUPRAX.....	87
<i>risedronate sodium</i> .....	28	<i>sirolimus</i> .....	87	<i>sure comfort insulin syringe</i> .....	94
<i>risperidone</i> .....	18	SIRTURO.....	18	<i>sure comfort pen needles</i> .....	94
Risperidone M-Tab.....	18	SLYND.....	51	SURE-FINE PEN NEEDLES.....	94
<i>ritonavir</i> .....	81	<i>sm fexofenadine hcl</i> .....	71	SURE-JECT INSULIN SYRINGE....	94
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	40	<i>sm insulin syringe</i> .....	94	SUSPENDRX W/BITTERBLOC	
Rivelsa.....	50	<i>sm lansoprazole</i> .....	103	SWEET.....	12
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	112	<i>sm nicotine polacrilex</i> .....	41	SUSPENDRX W/BITTERBLOC	
<i>robafen ac</i> .....	102	<i>sodium chloride</i> .....	31, 105	UNSWEET.....	12
<i>ropinirole hcl</i> .....	77	<i>sodium chloride (pf)</i> .....	105	<i>suspension vehicle</i> .....	12
<i>ropinirole hcl er</i> .....	77	<i>sodium fluoride</i> .....	38, 104	SUTENT.....	74
Rosadan.....	21	<i>sodium fluoride 5000 enamel</i> .....	37	Syeda.....	56
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	67	<i>sodium fluoride 5000 plus</i> .....	38	SYNJARDY.....	62
ROTARIX.....	120	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i> .....	38	SYNJARDY XR.....	62
ROTATEQ.....	120	<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i> ...	37	SYNTHROID.....	42

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 12/01/2021

<i>syrpalta</i> .....	12	<i>tiagabine hcl</i> .....	58	Tri-Lo-Marzia.....	52
SYRPALTA (RED).....	12	<i>ticlopidine hcl</i> .....	32	Tri-Lo-Mili.....	52
SYRSPEND SF PH4.....	12	Tilia Fe.....	52	Tri-Lo-Sprintec.....	52
<i>syrup vehicle</i> .....	12	<i>timolol maleate</i> .....	35, 84	Trilyte.....	100
<i>syrup vehicle sf</i> .....	12	TIVICAY.....	80	<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	66
TABLOID.....	73	<i>tizanidine hcl</i> .....	38	<i>trimethoprim</i> .....	16
<i>tacrolimus</i> .....	27	<i>tl folate</i> .....	108	Tri-Mili.....	52
<i>tadalafil</i> .....	20	<i>tl-care dha</i> .....	108	<i>trimipramine maleate</i> .....	59
<i>tadalafil (pah)</i> .....	20	<i>tobramycin</i> .....	34, 42	<i>trinatal rx 1</i> .....	108
TAFINLAR.....	73	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	35	TRINATE.....	108
TAKE ACTION.....	50	<i>today's health mini pen needles</i> .....	94	Trinessa (28).....	52
<i>tamoxifen citrate</i> .....	73	<i>today's health pen needles</i> .....	94	Trinessa Lo.....	52
<i>tamsulosin hcl</i> .....	31	<i>today's health short pen needle</i> .....	94	Tri-Nymyo.....	52
Tarina 24 Fe.....	56	<i>tolbutamide</i> .....	65	Tri-Previfem.....	52
Tarina Fe 1/20.....	56	<i>tolterodine tartrate</i> .....	66	Tri-Sprintec.....	52
Tarina Fe 1/20 Eq.....	56	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	66	<i>tri-tabs dha</i> .....	108
TARON-BC.....	108	<i>topcare clickfine pen needles</i> .....	94	Tritocin.....	26
TARON-C DHA.....	108	<i>topcare ultra comfort ins syr</i> .....	94	TRIUMEQ.....	82
Taron-Crystals.....	31	<i>topiramate</i> .....	58	TRIVEEN-DUO DHA.....	108
TARON-PREX.....	108	<i>toremifene citrate</i> .....	73	<i>tri-vitlfluoride</i> .....	106
TASIGNA.....	72	<i>torsemide</i> .....	97	<i>tri-vitaminlfluoride</i> .....	106
Taysofy.....	56	Tovet.....	26	<i>tri-vitelfluoride</i> .....	106
Taztia Xt.....	85	<i>tramadol hcl</i> .....	46	Trivora (28).....	52
TDVAX.....	117	<i>trandolapril</i> .....	70	Tri-Vylibra.....	52
<i>techlite insulin syringe</i> .....	94	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> .....	69	<i>tri-vylibra lo</i> .....	52
TECHLITE PEN NEEDLES.....	94	<i>tranexamic acid</i> .....	33	<i>true comfort insulin syringe</i> .....	94
<i>temazepam</i> .....	99	<i>tranylcypropamine sulfate</i> .....	60	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	94
<i>temozolomide</i> .....	75	<i>travoprost (bak free)</i> .....	36	<i>true comfort pro insulin syr</i> .....	94
TENCON.....	45	<i>trazodone hcl</i> .....	60	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN	
TENIVAC.....	117	<i>treprostinil</i> .....	20	NEEDLES.....	94
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	81	<i>treprostinil sodium</i> .....	20	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE.....	94
<i>terazosin hcl</i> .....	68	TRESIBA.....	64	TRUEPLUS PEN NEEDLES.....	94
<i>terbinafine hcl</i> .....	71	TRESIBA FLEXTOUCH.....	64	TRULICITY.....	61
<i>terconazole</i> .....	113	<i>tretinoin</i> .....	27, 77	TRUMENBA.....	118
TERUMO SURGUARD2 SYRINGE.....	94	<i>tretinoin (emollient)</i> .....	21	TRUVADA.....	82
<i>testosterone</i> .....	47	Tri Femynor.....	52	Tulana.....	51
<i>testosterone cypionate</i> .....	47	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	26, 33, 37	TUZISTRA XR.....	102
<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i> .....	117	<i>triamcinolone in absorbase</i> .....	26	TWINRIX.....	117
<i>tetracycline hcl</i> .....	116	<i>triamterene</i> .....	97	Tydemy.....	56
<i>tgt clotrimazole</i> .....	23	<i>triamterene-hctz</i> .....	97	TYLACTIN BUILD 20PE TYR.....	112
THALOMID.....	88	Trianex.....	26	TYLACTIN RESTORE 10.....	112
THEOCHRON.....	16	<i>triazolam</i> .....	99	TYLACTIN RESTORE 5PE.....	112
Theochron.....	16	TRICARE.....	108	TYLACTIN RTD 15.....	112
<i>theophylline</i> .....	16	TRICARE PRENATAL DHA ONE.....	108	TYPHIM VI.....	118
<i>theophylline er</i> .....	16	Triderm.....	26	TYZEKA.....	79
Thermazene.....	27	<i>trientine hcl</i> .....	87	ULTICARE INSULIN SAFETY SYR.....	94
<i>thioridazine hcl</i> .....	20	Tri-Estarylla.....	52	ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	94
<i>thiothixene</i> .....	20	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	20	ULTICARE MICRO PEN	
<i>thrivite 19</i> .....	108	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	77	NEEDLES.....	94
<i>thrivite rx</i> .....	108	Tri-Legest Fe.....	52	ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	94
<i>thyroid</i> .....	42	Tri-Linyah.....	52	ULTICARE PEN NEEDLES.....	94
Tiadyt Er.....	85, 86	Tri-Lo-Estarylla.....	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

En vigencia desde el 12/01/2021

ULTICARE SHORT PEN			
NEEDLES.....	94		
<b>ultiguard safepack pen needle</b> .....	94		
ULTIGUARD SAFEPAK			
SYR/NEEDLE.....	94		
ULTILET INSULIN SYRINGE			
SHORT.....	94		
ULTILET PEN NEEDLE.....	94		
<b>ultimatecare one</b> .....	108		
ULTRA FLO INSULIN PEN			
NEEDLES.....	94		
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2			
UNIT.....	94		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	95		
ULTRA THIN PEN NEEDLES.....	95		
<b>ultracare insulin syringe</b> .....	95		
<b>ultracare pen needles</b> .....	95		
<b>ultra-comfort insulin syringe</b> .....	95		
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT....	95		
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	95		
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	95		
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE			
SHORT.....	95		
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES.....	95		
UNIFINE PEN NEEDLES.....	95		
UNIFINE PENTIPS.....	95		
UNIFINE PENTIPS PLUS.....	95		
UNIFINE SAFECONTROL PEN			
NEEDLE.....	95		
Unithroid.....	42		
<b>valacyclovir hcl</b> .....	78		
<b>valproate sodium</b> .....	57		
<b>valproic acid</b> .....	57		
<b>valsartan</b> .....	68		
<b>valsartan-hydrochlorothiazide</b> .....	69		
<b>value health insulin syringe</b> .....	95		
<b>valumark pen needles</b> .....	95		
<b>vancomycin hcl</b> .....	17		
Vandazole.....	113		
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	95		
VAQTA.....	120		
<b>varenicline tartrate</b> .....	41		
VARIVAX.....	120		
VAXNEUVANCE.....	118		
Velivet.....	52		
VEMAVITE-PRX 2.....	109		
VEMLIDY.....	79		
<b>vena-bal dha</b> .....	109		
<b>venlafaxine hcl</b> .....	61		
<b>venlafaxine hcl er</b> .....	61		
VENTAVIS.....	21		
<b>verapamil hcl</b> .....	86		
<b>verapamil hcl er</b> .....	86		
VERSAFREE.....	12		
VERSAPLUS.....	12		
Vestura.....	56		
Vicodin.....	47		
Vicodin Es.....	47		
Vicodin Hp.....	47		
VICTOZA.....	62		
VIDA MIA UNIFINE PENTIPS.....	95		
Vienna.....	56		
<b>vigabatrin</b> .....	58		
Vigadrone.....	58		
VILACTIN AA PLUS.....	112		
<b>vil-rx</b> .....	109		
VINATE CARE.....	109		
VINATE II.....	109		
VINATE M.....	109		
VINATE ONE.....	109		
<b>viorele</b> .....	49		
VIRACEPT.....	81		
VIREAD.....	81		
<b>virt nate</b> .....	109		
<b>virt-advance</b> .....	109		
<b>virt-c dha</b> .....	109		
<b>virt-pn</b> .....	109		
<b>virtprex</b> .....	109		
<b>virtrate-k</b> .....	31		
<b>virtussin alc</b> .....	102		
<b>virt-vite gt</b> .....	109		
VITAFOL GUMMIES.....	109		
VITAFOL STRIPS.....	109		
VITAFOL-OB.....	109		
<b>vitamin d (ergocalciferol)</b> .....	120		
<b>vitamins acd-fluoride</b> .....	106		
VITA-PREN.....	109		
VITUZ.....	102		
VIVOTIF.....	118		
<b>vol-nate</b> .....	109		
Volnea.....	49		
<b>vol-plus</b> .....	109		
<b>vol-tab rx</b> .....	109		
VORTEX HOLD			
CHMBR/MASK/CHILD.....	96		
VORTEX HOLD			
CHMBR/MASK/TODDLER.....	96		
VOTRIENT.....	74		
<b>vp insulin syringe</b> .....	95		
<b>vp-ggr-b6 prenatal</b> .....	109		
<b>vp-heme ob + dha</b> .....	109		
Vyfemla.....	56		
Vylibra.....	56		
VYVANSE.....	114		
<b>warfarin sodium</b> .....	48		
<b>wegmans unifine pentips plus</b> .....	95		
Wera.....	56		
WESTHROID.....	42		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	96		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	96		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	97		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	97		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	97		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	97		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	97		
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	97		
<b>wixela inhub</b> .....	15		
Wymzya Fe.....	56		
XALKORI.....	71		
XARELTO.....	49		
XARELTO STARTER PACK.....	49		
XIGDUO XR.....	62		
XIIDRA.....	34		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	82		
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	83		
XTANDI.....	73		
Xulane.....	56		
YF-VAX.....	120		
Yuvafem.....	113		
Zafemy.....	56		
<b>zaleplon</b> .....	99		
<b>zamicet</b> .....	47		
Zarah.....	56		
Zebutal.....	45		
ZELBORAF.....	73		
Zenatane.....	27		
Zenchent.....	56		
Zenchent Fe.....	56		
ZENPEP.....	112		
Zenzedi.....	114		
ZENZEDI.....	114		
<b>zevrx insulin syringe</b> .....	95		
<b>zevrx pen needles</b> .....	95		
<b>zevrx twist top lancets 30g</b> .....	96		
<b>zidovudine</b> .....	82		
<b>ziprasidone hcl</b> .....	18		
ZIRGAN.....	34		
ZOLINZA.....	73		
<b>zolpidem tartrate</b> .....	99		
<b>zolpidem tartrate er</b> .....	99		
<b>zonisamide</b> .....	58		
ZOSTAVAX.....	120		
Zovia 1/35 (28).....	56		
Zovia 1/35E (28).....	56		
Zovia 1/50E (28).....	56		
Zumandimine.....	56		

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 12/01/2021

ZYBAN.....	41
ZYDELIG.....	75
ZYKADIA.....	71

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 12/01/2021

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