



# Lista de medicamentos Seleccionados

## Lista de medicamentos — 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 de Farmacia para Miembros que figura en tu tarjeta de identificación.

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

Anthem Bronze PPO 40/6200/40%	Anthem Gold Select HMO 30/60
Anthem Bronze PPO 4600/50%	Anthem Gold Select HMO 35
Anthem Bronze PPO 60/6850/40%	Anthem Gold Select HMO 35/1250/20%
Anthem Bronze PPO 6000/45% w/HSA PrevRx	Anthem Gold Select HMO 35/500/20%
Anthem Bronze PPO 6000/45% w/HSA PrevRx WH	Anthem Gold Select PPO 25/1000/25%
Anthem Bronze PPO 6250/35% w/HSA PrevRx	Anthem Gold Select PPO 25/30%
Anthem Bronze PPO 65/6000/40%	Anthem Gold Select PPO 25/350/20%
Anthem Bronze PPO 6700/0% w/HSA PrevRx	Anthem Gold Select PPO 30/1500/25%
Anthem Bronze PPO 6700/0% w/HSA PrevRx WH	Anthem Gold Select PPO 30/500/20%
Anthem Bronze PPO 70/6600/35%	Anthem Gold Select PPO 30/60/500/20%
Anthem Bronze PPO 75/7300/40%	Anthem Gold Select PPO 30/750/20%
Anthem Bronze Select PPO 40/6200/40%	Anthem Gold Select PPO 35/1000/20%
Anthem Bronze Select PPO 4600/50%	Anthem Gold Select PPO 35/500/25%
Anthem Bronze Select PPO 60/6850/40%	Anthem Gold Select PPO 5/1500/30%
Anthem Bronze Select PPO 6000/45% w/HSA PrevRx	Anthem Gold Select PPO HSA/H 1700/3300/3400 15% PrevRx
Anthem Bronze Select PPO 6250/35% w/HSA PrevRx	Anthem Gold Select PPO HSA/H 1700/3300/3400 15% PrevRx
Anthem Bronze Select PPO 65/6000/40%	Anthem Gold Vivity HMO 25
Anthem Bronze Select PPO 6650/0% w/HSA	Anthem Gold Vivity HMO 25 WH
Anthem Bronze Select PPO 6700/0% w/HSA PrevRx	Anthem Gold Vivity HMO 25/500
Anthem Bronze Select PPO 70/6600/35%	Anthem Gold Vivity HMO 25/500 WH
Anthem Bronze Select PPO 75/7300/40%	Anthem Gold Vivity HMO 35/1000
Anthem Gold HMO 30	Anthem Gold Vivity HMO 35/1000 WH
Anthem Gold HMO 30/60	Anthem Gold Vivity HMO 35/1850
Anthem Gold HMO 35	Anthem Gold Vivity HMO 35/1850 WH
Anthem Gold HMO 35/1250/20%	Anthem Platinum HMO 0/20
Anthem Gold HMO 35/500/20%	Anthem Platinum HMO 0/25
Anthem Gold PPO 25/30%	Anthem Platinum HMO 0/30
Anthem Gold PPO 30/500/20%	Anthem Platinum PPO 10/35/10%
Anthem Gold PPO 30/60/500/20%	Anthem Platinum PPO 15/250/10%
Anthem Gold PPO 30/750/20%	Anthem Platinum PPO 15/40/10%
Anthem Gold PPO 35/1000/20%	Anthem Platinum PPO 5/200/15%
Anthem Gold PPO 35/1000/20% WH	Anthem Platinum PPO 5/200/15% WH
Anthem Gold PPO 35/500/25%	Anthem Platinum Priority Select HMO 0/20
Anthem Gold PPO 35/500/25% WH	Anthem Platinum Priority Select HMO 0/25
Anthem Gold PPO 5/1500/30%	Anthem Platinum Priority Select HMO 0/30
Anthem Gold PPO HSA/H 1700/3300/3400 15% PrevRx	Anthem Platinum Select HMO 0/20
Anthem Gold PPO HSA/H 1700/3300/3400 15% PrevRx	Anthem Platinum Select HMO 0/25
Anthem Gold Priority Select HMO 30	Anthem Platinum Select HMO 0/30
Anthem Gold Priority Select HMO 30/60	Anthem Platinum Select HMO 20/40
Anthem Gold Priority Select HMO 35	Anthem Platinum Select PPO 15/10%
Anthem Gold Priority Select HMO 35/1250/20%	Anthem Platinum Select PPO 15/250/10%
Anthem Gold Priority Select HMO 35/500/20%	Anthem Platinum Select PPO 15/40/10%
Anthem Gold Select HMO 30	Anthem Platinum Select PPO 5/200/15%

Anthem Platinum Vivity HMO 15 Anthem Platinum Vivity HMO 15 WH Anthem Platinum Vivity HMO 20 Anthem Silver HMO 55 Anthem Silver HMO 60/2200/45% Anthem Silver HMO 60/2500/45% Anthem Silver PPO 45/1750/40% Anthem Silver PPO 45/1750/40% WH Anthem Silver PPO 50/1700/40% Anthem Silver PPO 50/2200/40% Anthem Silver PPO 55/1950/35% Anthem Silver PPO 55/2500/45% Anthem Silver PPO 55/2500/45% WH Anthem Silver PPO HSA/H 2000/3300/4000 35% PrevRx Anthem Silver PPO HSA/H 2000/3300/4000 35% PrevRx Anthem Silver PPO HSA/H 2100/3300/4200 30% PrevRx Anthem Silver PPO HSA/H 2100/3300/4200 30% PrevRx Anthem Silver PPO HSA/H 2600/3300/5200 35% PrevRx Anthem Silver PPO HSA/H 2600/3300/5200 35% PrevRx	Anthem Silver Select HMO 55 Anthem Silver Select HMO 60/2200/45% Anthem Silver Select HMO 60/2500/45% Anthem Silver Select HMO 60/2500/45% WH Anthem Silver Select PPO 45/1750/40% Anthem Silver Select PPO 45/1750/40% WH Anthem Silver Select PPO 50/1700/40% Anthem Silver Select PPO 50/2200/40% Anthem Silver Select PPO 55/1950/35% Anthem Silver Select PPO 55/2500/35% Anthem Silver Select PPO 55/2500/45% Anthem Silver Select PPO HSA/H 2000/3300/4000 35% PrevRx Anthem Silver Select PPO HSA/H 2000/3300/4000 35% PrevRx Anthem Silver Select PPO HSA/H 2100/3300/4200 30% PrevRx Anthem Silver Select PPO HSA/H 2100/3300/4200 30% PrevRx Anthem Silver Select PPO HSA/H 2600/3300/5200 35% PrevRx Anthem Silver Select PPO HSA/H 2600/3300/5200 35% PrevRx TEST ALT H PCP Anthem Gold PPO 30/500/20% TEST ALT H PCP-SPC Anthem Gold PPO 30/500/20%
---	---

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) and choose Prescription Benefits. Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.
- Hay herramientas y recursos adicionales disponibles. Para ver la lista de más actualizada de medicamentos para su plan, visite [anthem.com/ca/pharmacy-information/drug-list-formulary](https://www.anthem.com/ca/pharmacy-information/drug-list-formulary).
- 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](https://www.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 2025

Cuatro Niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION .....	5
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS .....	13
AGENTES ANSIOLÍTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	13
AGENTES ANTIANGINOSOS - DRUGS FOR THE HEART .....	14
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILADORES - DRUGS FOR THE LUNGS .....	14
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	16
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - 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 - BIOLOGICAL AGENTS .....	21
AGENTES DERMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE SKIN .....	21
AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	27
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS - HORMONES .....	28
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	29
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM .....	30
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE BLOOD .....	31
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - DRUGS FOR NUTRITION .....	32
AGENTES HEMOSTÁTICOS - DRUGS FOR THE BLOOD .....	33
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - DRUGS FOR THE NOSE .....	33
AGENTES NEUROMUSCULARES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES .....	33
AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE .....	33
AGENTES ÓTICOS - DRUGS FOR THE EAR .....	36
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT .....	36
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES .....	37
AGENTES PARA LA GOTA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	38
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	38
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR THE LUNGS .....	41
AGENTES TIROIDEOS - HORMONES .....	41
AMINOGLUCÓSIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	41
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	42
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	45
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER .....	46
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 .....	56
ANTIDEPRESIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	58
ANTIDIABÉTICOS - HORMONES .....	60
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING .....	64
ANTIEMÉTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH .....	65
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM .....	65
ANTIHelmínticos - DRUGS FOR INFECTIONS .....	66
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - DRUGS FOR THE HEART .....	66
ANTIHIPERTENSIVOS - DRUGS FOR THE HEART .....	67
ANTIHISTAMÍNICOS - DRUGS FOR THE LUNGS .....	71
ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	71
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS - DRUGS FOR CANCER .....	72
ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR INFECTIONS .....	76
ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .....	77
ANTIVIRALES - DRUGS FOR INFECTIONS .....	78
BETABLOQUEADORES - DRUGS FOR THE HEART .....	82
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR THE HEART .....	83
CARDIOTÓNICOS - DRUGS FOR THE HEART .....	85

CEFALOSPORINAS - DRUGS FOR INFECTIONS.....	85
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS - VITAMINS AND MINERALS.....	86
CORTICOESTEROIDES - HORMONES.....	87
DISPOSITIVOS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT.....	88
DIURÉTICOS - DRUGS FOR THE HEART.....	91
ESTRÓGENOS - HORMONES.....	91
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS.....	92
HIPNÓTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM.....	92
LAXANTES - DRUGS FOR THE STOMACH.....	93
MACRÓLIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS.....	93
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA - DRUGS FOR THE LUNGS.....	94
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - DRUGS FOR THE STOMACH.....	95
MINERALES Y ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION.....	96
MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION.....	96
OXITÓCICOS - HORMONES.....	98
PENICILINAS - DRUGS FOR INFECTIONS.....	98
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO.....	98
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION.....	99
PRODUCTOS DIGESTIVOS - DRUGS FOR THE STOMACH.....	99
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM.....	99
PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN.....	100
PROGESTINAS - HORMONES.....	101
SULFONAMIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS.....	101
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTILOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM.....	101
TETRACICLINAS - DRUGS FOR INFECTIONS.....	103
TOXOIDES - BIOLOGICAL AGENTS.....	104
VACUNAS - BIOLOGICAL AGENTS.....	105
VASOPRESORES - DRUGS FOR THE HEART.....	109
VITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION.....	109



## Lista de medicamentos Seleccionados: sección informativa

### Definiciones

"\$0" al lado de un medicamento significa que este es un medicamento preventivo. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100% con un costo de \$ 0

Comparta con una receta de su proveedor si se cumplen los criterios especificados.

"**Medicamento con nombre de marca**" significa un medicamento que se comercializa bajo un nombre patentado y protegido por una marca registrada. Un medicamento con nombre de marca aparece en este formulario en todas las letras MAYÚSCULAS.

"**Coseguro**" significa un porcentaje del costo de un beneficio de atención médica cubierto que un afiliado paga después de que el afiliado haya pagado el deducible, si un deducible se aplica al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos recetados.

"**Copago**" significa una cantidad fija en dólares que un afiliado paga por un beneficio de atención médica cubierto después de que el afiliado haya pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica, como el beneficio de medicamentos recetados.

"**Deducible**" significa la cantidad que un afiliado paga por los beneficios de atención médica cubiertos antes de que el plan de salud del afiliado comience a pagar todo o parte del costo del beneficio de atención médica según los términos de la póliza.

"**Optimización de dosis (OD)**" significa optimización de dosis. Por lo general, esto significa que es posible que tenga que cambiar de tomar un medicamento dos veces al día a tomarlo una vez al día con una concentración más alta.

"**Nivel de medicamentos**" es un grupo de medicamentos recetados que corresponde a un nivel específico de costos compartidos en la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud. El nivel en el que se coloca un medicamento recetado determina la parte del costo del medicamento para el afiliado.

"**Afiliado**" es una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan. Todas las referencias a los afiliados en esta plantilla de formulario también incluirán al suscriptor como se define en esta sección a continuación.

"**Solicitud de excepción**" es una solicitud de cobertura de un medicamento recetado. Si un afiliado, su designado o proveedor de atención médica presenta una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento recetado, el plan de salud debe cubrir el medicamento recetado cuando se determine que el medicamento es médicamente necesario para tratar la afección del afiliado.

"**Circunstancias exigentes**" significa cuando usted sufre de una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, o cuando se está sometiendo a un curso actual de tratamiento con un medicamento no incluido en el formulario.

"**Formulario**" o "lista de medicamentos recetados" es la lista completa de medicamentos preferidos para su uso y elegibles para la cobertura de un producto del plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios del producto del plan de salud. El formulario también se conoce como una lista de medicamentos recetados.

"**Medicamento genérico**" es el mismo medicamento que su nombre de marca equivalente en dosis, seguridad, fuerza, cómo se toma, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico aparece en negrita y letras minúsculas en cursiva.

"**Distribución limitada (LD)**" significa distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles solo a través de ciertas farmacias o mayoristas, dependiendo de lo que decida el fabricante.

"**Médicamente necesario**" significa beneficios de atención médica necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. El seguro de salud generalmente no cubre los beneficios de atención médica que no son médicamente necesarios.



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

"**Quimioterapia oral (AO)**" A pesar 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 hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

Los "costos de **bolsillo**" son copagos, coseguros y el deducible aplicable, más todos los costos de los servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan de salud.

"**Proveedor de prescripción**" es un proveedor de atención médica autorizado para escribir una receta para tratar una afección médica para un afiliado al plan de salud.

"**Receta**" es una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que receta para un afiliado específico que contiene el nombre del medicamento recetado, la cantidad del medicamento recetado, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que prescribe, la firma del proveedor que prescribe si la receta es por escrito y si el afiliado lo solicita, La condición médica o el propósito para el cual se prescribe el medicamento.

"**Medicamento recetado**" es un medicamento recetado por el proveedor de recetas del afiliado y requiere una receta según la ley aplicable.

"**Autorización previa (PA)**" es el requisito de un plan de salud de que el afiliado o el proveedor de recetas del afiliado 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 otorgará una autorización previa cuando sea médicamente necesario que el afiliado obtenga el medicamento.

"**Límite de cantidad (QL)**" significa una restricción en el número de dosis de un medicamento recetado cubierto por un producto de seguro de salud durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.

"**Medicamentos especializados (SP)**" significa medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones difíciles a largo plazo. Es posible que necesite obtener este medicamento a través de una farmacia especializada.

La "**terapia escalonada (ST)**" es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección de conformidad con una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor que receta al afiliado presenta una solicitud de excepción de terapia escalonada, los planes de salud harán excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

"**Suscriptor**" significa la persona que es responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, excepto por dependencia familiar, es la base para la elegibilidad para la membresía en el plan.

## Preguntas frecuentes

### ¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos por mis beneficios?

Esta es una lista completa de todos los medicamentos en la lista de medicamentos. Sin embargo, es posible que un medicamento (s) en esta lista no esté cubierto, dependiendo del diseño de su plan.

Su beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarse como parte de una visita al médico, una visita de atención domiciliar o en un centro ambulatorio cuando son servicios cubiertos. Los beneficios que se le administran en el consultorio de su proveedor generalmente están cubiertos por su beneficio médico. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos sanguíneos, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba ser administrado por un proveedor.

### ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

- (A) Un medicamento recetado puede localizarse buscando la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece el medicamento o el nombre de la marca o el nombre **genérico** del medicamento en el índice alfabético; y
- (B) Si un equivalente genérico para un medicamento de nombre de marca no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no se enumerará por separado por su nombre **genérico**.

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

- Nombre del medicamento, usando Ctrl + F en su teclado, luego escriba el nombre del medicamento que está buscando.
- Clase de fármaco, utilizando las categorías enumeradas en orden alfabético.

### ¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?

- Un medicamento se enumera alfabéticamente por su nombre de marca y nombres **genéricos** en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece;
- El nombre **genérico** de un medicamento con nombre de marca se incluye después del nombre de la marca entre paréntesis y todas las letras **minúsculas en negrita y cursiva**;

PSEUDOBLBAR AFFECT (PBA) AGENTS, NMDA ANTAGONISTS  
TYPE - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS

NUEDEXTA ORAL CAPSULE (*dextromethorphan*)

- Si un equivalente genérico para un medicamento con nombre de marca está disponible y cubierto, el medicamento **genérico** se enumerará por separado del medicamento con nombre de marca en todas las **letras minúsculas en negrita y cursiva**; y

AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS

*amoxicillin oral capsule*

- Si un medicamento genérico se comercializa bajo un nombre de marca patentado y protegido por una marca registrada, el nombre de la marca se enumerará después del nombre **genérico** entre paréntesis y tipo de letra regular con la primera letra de cada palabra en mayúscula.

*levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia 28 Oral Tablet)*

La sección "Bajo requisitos y límites de cobertura" indicará si necesita aprobación previa antes de poder tomar el medicamento (llamado autorización previa o PA), o si necesita probar otros medicamentos primero para su tratamiento (llamado terapia escalonada o ST).

Nota: La presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que su médico le recete ese medicamento recetado para una afección médica en particular..





### ¿Qué pasa si mi medicamento no está en la lista?

Entendemos que solo usted y su médico saben qué es lo mejor para usted. Si desea tomar un medicamento que no está en la lista de medicamentos, es posible que tenga que pagar el costo total del mismo. También puede hablar con su médico o farmacéutico para ver si hay otro medicamento cubierto por su plan que funcione igual de bien, o si los medicamentos genéricos o de venta libre son una opción. Solo usted y su médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para usted.

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

Su médico puede iniciar el proceso completando una autorización previa electrónica, llamando al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o descargando un formulario de autorización previa de nuestro sitio web y enviándolo. Si su solicitud es aprobada, la cantidad que pague por el medicamento dependerá del beneficio de su plan.

Hay algunas opciones para que su médico inicie el proceso de autorización previa (PA):

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermy meds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicie sesión en [anthem.com/ca](https://anthem.com/ca) y elija **Farmacia**.
  - Vaya a **Recursos de farmacia** y **busque su medicamento en su lista de** medicamentos.
  - Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
  - Desplácese hacia abajo hasta **Definición de restricciones** y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
  - Su médico [completa y nos envía el formulario](#) por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si el anticonceptivo que está tomando no está en el formulario, su médico puede comunicarse con nosotros si es médicamente necesario porque los anticonceptivos preferidos son inapropiados para usted, y renunciaremos a su costo compartido.

### ¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?

Los medicamentos en la lista se revisan a través de nuestro proceso de Farmacia y Terapéutica (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud independientes deciden qué medicamentos incluimos en nuestras listas. Este grupo se reúne regularmente para analizar medicamentos nuevos y existentes y recomienda medicamentos en función de cuán seguros son, qué tan bien funcionan y el valor que ofrecen a nuestros miembros.

### ¿Qué es un medicamento especializado y cómo puedo obtenerlo?

Si está tomando un medicamento que se considera un medicamento especializado, es posible que deba usar una farmacia especializada para su medicamento.

para ser cubierto. Los medicamentos especializados vienen en muchas formas, como píldoras, líquidos, inyecciones (inyecciones), infusiones o inhaladores, y pueden necesitar almacenamiento y manejo especiales. Por lo general, los beneficios para medicamentos especializados que se autoadministran estarán cubiertos por el beneficio de farmacia. Los beneficios para medicamentos especializados que se le administran en el consultorio de su proveedor generalmente están cubiertos por su beneficio médico. Si usa farmacias que no están en la red, es posible que su medicamento no esté cubierto y que tenga que pagar el costo total. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

### ¿Cambia la lista de medicamentos y cómo sabré si lo hace?

Los medicamentos en nuestra lista se revisan y actualizan mensualmente. A veces, los medicamentos se agregan, eliminan, cambian de nivel o tienen requisitos actualizados. Los cambios generalmente entrarán en vigencia el primer día del mes. Pero no se preocupe, le informaremos si un medicamento que toma se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que toma se mueve a un nivel superior.

Siempre puede revisar la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que toma todavía estén en ella. Encontrará la lista de medicamentos más actualizada cuando inicie sesión en [anthem.com/ca](https://anthem.com/ca).





### ¿Qué tipo de medicamentos puedo encontrar en el formulario?

Cubrimos medicamentos de atención preventiva aprobados por la FDA con costo compartido cero en cumplimiento con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las regulaciones estatales de California. Es posible que su médico deba escribir una receta para que estos servicios preventivos estén cubiertos por su plan, incluso si figuran como de venta libre. La disponibilidad o cobertura de estos medicamentos sin costo compartido puede estar sujeta a criterios establecidos por el plan de salud.

Cubrimos equipos y suministros aprobados por la FDA para el manejo y tratamiento de la diabetes que usa insulina, la diabetes que no usa insulina y la diabetes gestacional según sea médicamente necesario. La medicación abarca insulina, bombas de insulina y agentes hipoglucemiantes orales. Los suministros y equipos cubiertos se limitan a monitores de glucosa, tiras reactivas, jeringas y lancetas. Los beneficios cubiertos también incluyen el autocontrol ambulatorio y los servicios educativos utilizados para tratar la diabetes si los servicios se proporcionan a través de un programa autorizado por el Proyecto de Control de la Diabetes del Estado dentro de la Oficina de Salud.

### ¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?

Colocamos los medicamentos en diferentes niveles según lo bien que funcionan para mejorar la salud, si hay opciones de venta libre (OTC) y sus costos en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Cuanto más bajo sea el nivel, menor será su parte del costo. Aquí hay un desglose de los niveles en su plan:

- Los medicamentos de nivel 1 tienen el costo compartido más bajo para usted. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones.
- Los medicamentos de Nivel 2 tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos que pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 3 también puede incluir medicamentos que fueron aprobados recientemente por la FDA o medicamentos especializados que se usan para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el costo compartido más alto y generalmente incluyen medicamentos especializados de marca y genéricos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 4 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.

### ¿Cómo sabré si mi medicamento está cubierto y cuánto me costará?

A través de Internet, con la herramienta [Precios de medicamentos](#), puede obtener información sobre la cobertura y los precios de los medicamentos de una serie de farmacias minoristas de su código postal.

*Nota: Para medicamentos de quimioterapia oral: a pesar 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 hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.*

### ¿Cómo promueve Anthem la seguridad?

Cuando vaya a una farmacia, el farmacéutico recibirá un mensaje electrónico de Anthem si un medicamento necesita autorización previa, requiere terapia escalonada o tiene un límite en la cantidad que se puede administrar. Aquí hay un vistazo más de cerca a todos los programas que hemos implementado para ayudar a asegurarnos de que reciba la atención que necesita, mientras lo ayudamos a mantenerse seguro. <sup>1</sup>



Nuestros programas de edición clínica son:

- Autorización previa, que requiere que obtenga la aprobación antes de tomar un medicamento. Esto ayuda a asegurarse de que un medicamento se use correctamente y se centre en los medicamentos que pueden tener:
  - Riesgo de efectos secundarios.
  - Riesgo de efectos nocivos cuando se toma con otros medicamentos.
  - Posibilidad de uso incorrecto o abuso.
  - Reglas de uso con ciertas condiciones.
- Terapia escalonada, que requiere que primero se prueben otros medicamentos. Se centra en si un medicamento es adecuado para su condición.
- Optimización de la dosis, que implica cambiar de tomar una dosis dos veces al día a una vez al día, cuando sea médicamente apropiado. Tomar menos dosis puede reducir sus costos; Una sola dosis más alta de un medicamento tomada una vez al día puede costar menos que una dosis más baja tomada dos veces al día.
- Los límites de cantidad imponen un límite en la cantidad en una receta y con qué frecuencia se puede volver a surtir.
  - Si una solicitud de resurtido se envía demasiado pronto o el médico prescribe una cantidad que es más alta de lo permitido, el medicamento no estará cubierto en ese momento.
  - Si hay razones médicas para recetar el medicamento como se dosificó originalmente, el médico puede solicitar una revisión por parte de nuestro Centro de Autorización Previa.

Además, si está tomando un medicamento que se considera un medicamento especializado, es posible que deba usar una farmacia especializada para que su medicamento esté cubierto.

### ¿Cómo inicia mi médico el proceso de autorización previa?

Si su medicamento está en nuestro formulario pero requiere un PA o terapia escalonada, hay algunas opciones para que su médico inicie el proceso de autorización previa (PA):

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermymeds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicie sesión en [anthem.com/ca](https://anthem.com/ca) y elija Farmacia.
  - Vaya a Recursos de farmacia y busque su medicamento en su lista de medicamentos.
  - Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
  - Desplácese hacia abajo hasta Definición de restricciones y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
  - Su médico completa el formulario y lo envía por fax a Anthem al 844-474-3347.
3. Llame al número de Servicios para Miembros de Pharmacy que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

### ¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

La terapia escalonada requiere probar otros medicamentos antes de que ciertos medicamentos puedan estar cubiertos. La farmacia le informará si se requiere terapia escalonada y primero debe probar el medicamento o tratamiento incluido en el programa. Si el medicamento o tratamiento no trata bien la afección, el médico puede comunicarse con nuestro Centro de autorización previa para solicitar que aprobemos el medicamento original. <sup>1</sup>

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una solicitud no urgente y las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podemos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.
- No se preocupe, si ha cambiado de póliza, no le pediremos que repita una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya se esté utilizando para tratar una afección médica, siempre que el medicamento aún se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz.

Una nota sobre los analgésicos opioides. El costo compartido de los miembros para ciertos analgésicos opioides disuasorios del abuso puede ser menor en algunos estados debido a las leyes de esos estados. Los analgésicos opioides son un tipo de analgésico. En respuesta a la epidemia mundial de opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha alentado a los fabricantes de medicamentos a desarrollar opioides con propiedades que ayuden a disuadir su uso indebido y abuso.

Los medicamentos pueden ser excluidos de la lista según el diseño de beneficios de su plan.

<sup>1</sup> Si el Centro de Autorización Previa concluye que el reclamo de receta debe ser denegado, los miembros y sus médicos recibirán cartas que explican las apelaciones y / o el proceso de quejas.

## Panorama de la legislación de California

### Cal. Code Regs. tit. 28 § 1300.67.205 - Plantilla estándar de formulario de medicamentos recetados

Las siguientes normas son normas mínimas y, a menos que se indique lo contrario, se aplican a todos los formularios de planes de salud sujetos a la sección 1367.205 del Código de Salud y Seguridad. Un plan de salud puede implementar disposiciones adicionales que excedan estos requisitos.

#### (d) Sección informativa. La sección informativa del formulario incluirá todo lo siguiente:

(11) Aviso de que el plan de salud cubrirá los medicamentos no incluidos en el formulario cuando sean médicamente necesarios y una descripción detallada del proceso para solicitar la cobertura de un medicamento no incluido en el formulario. Sujeto a la excepción de la subdivisión (k) de la sección 1367.24 del Código de Salud y Seguridad, la descripción indicará que:

(A) el plan de salud notificará a la persona inscrita o a la persona que ésta designe y al proveedor de la persona inscrita que receta el medicamento su determinación de cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes y en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de todas las demás solicitudes;

(B) el plan de salud proporcionará cobertura en virtud de una solicitud no urgente mientras dure la prescripción, incluidas las reposiciones; y

(C) el plan de salud proporcionará cobertura, incluidas las renovaciones, en virtud de una solicitud basada en circunstancias apremiantes durante el tiempo que dure la urgencia. En la descripción también se indicará que el afiliado puede presentar una queja o reclamación, de conformidad con el artículo 1368 del Código de Salud y Seguridad, en relación con la denegación de una solicitud de cobertura y que los documentos de cobertura proporcionan información sobre los derechos y procedimientos de apelación.

(12) Instrucciones sobre cómo localizar y surtir una receta a través de una farmacia minorista de la red, una farmacia de pedidos por correo y una farmacia especializada, según corresponda.

(13) Una descripción detallada del proceso para solicitar autorización previa o una excepción de terapia escalonada. Sujeto a las excepciones de la subdivisión (b) de la sección 1367.241 del Código de Salud y Seguridad, la descripción indicará que si un plan de salud no responde a una solicitud completa de autorización previa o terapia escalonada dentro de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente y 24 horas de haber recibido una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará concedida.

(14) Notificación de los derechos de un afiliado a la terapia escalonada según lo dispuesto en la subdivisión (d)(2) de la Regla 1300.67.24.

(15) Notificación conforme a la sección 1367.22 del Código de Salud y Seguridad de que un plan de salud no puede limitar o excluir la

## KEY

Aquí hay algunos términos y notas que encontrará en la lista de medicamentos.

**Los medicamentos con nombre de marca están en MAYÚSCULAS, tipo simple.**

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

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

**BE** = exclusión de prestaciones. Este medicamento puede no estar cubierto en función del diseño de su plan. Para saber si su medicamento está cubierto, inicie sesión en el portal del afiliado o utilice la aplicación Sydney para [Precios de medicamentos](#) y consulte los documentos de su plan.

**DO** = optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que tenga que cambiar de tomar un medicamento dos veces al día a tomarlo una vez al día con una concentración más alta.

**LD** = distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles solo a través de ciertas farmacias o mayoristas, dependiendo de lo que decida el fabricante.

**AO** = quimioterapia oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los \$200 por receta individual para un suministro de hasta 30 días.

**PA** = autorización previa. Es posible que deba obtener la aprobación de beneficios antes de que se puedan surtir ciertas recetas.

**QL** = límites de cantidad. Hay límites en la cantidad de medicamento cubierto dentro de un cierto período de tiempo.

**SP** = medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones difíciles a largo plazo. Es posible que necesite obtener este medicamento a través de una farmacia especializada.

**ST** = terapia escalonada. Es posible que deba usar otro medicamento recomendado primero antes de que un medicamento recetado esté cubierto.

**Los medicamentos de nivel 1** = tienen el costo compartido más bajo para usted. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones.

**Nivel 1a** = los medicamentos tienen el costo compartido más bajo. Estos son a menudo medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas condiciones.

**Nivel 1b** = los medicamentos tienen una participación de bajo costo. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas afecciones.

**Nivel 2** = los medicamentos tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son

Medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.

**Nivel 3** = los medicamentos tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos no preferidos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles más bajos que condicionan.

**Nivel 4** = Los medicamentos del nivel 4 tienen un costo compartido más alto y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados. Estos pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección.

Cuatro Niveles

CURRENT AS OF 1/1/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<b>ANESTÉSICOS/ESTEROIDES RECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream</i>	Nivel 1	
<b>ESTEROIDES INTRARRECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	Nivel 1	
<b>ESTEROIDES RECTALES - RECTAL PREPARATIONS</b>		
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctocort External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc External Cream)	Nivel 1	
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc External 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</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>BENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>oxazepam oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS - OTRO - DRUGS FOR ANGINA</b>		
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>NITRATOS - DRUGS FOR ANGINA</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<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 sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	Nivel 2	
<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)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets 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 (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	Nivel 1	QL (90 vials per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	Nivel 1	QL (90 mL per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	Nivel 1	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>salmeterol xinafoate</i> )	Nivel 2	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>BRONCODILATADORES - ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION ( <i>tiotropium bromide monohydrate</i> )	Nivel 3	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<b>COMBINACIÓN DE ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> (Breyza Inhalation Aerosol)	Nivel 2	QL (1.03 grams per 1 day)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	Nivel 2	QL (1.03 grams per 1 day)
DULERA INHALATION AEROSOL ( <i>mometasone furo-formoterol fum</i> )	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	Nivel 1	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 110 MCG/ACT ( <i>mometasone furoate</i> )	Nivel 2	QL (0.04 EA per 1 day)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT ( <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)
<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)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcglact</i>	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcglact</i>	Nivel 2	QL (4 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 50 mcglact</i>	Nivel 2	
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcglact, 44 mcglact</i>	Nivel 2	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/lact</i>	Nivel 2	QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED ( <i>budesonide</i> )	Nivel 2	QL (0.07 EA per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) SELECTIVOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>roflumilast oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>XANTINAS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</b>		
<i>theophylline</i> (Elixophyllin Oral Elixir)	Nivel 1	QL (112.5 mL 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 elixir</i>	Nivel 1	QL (112.5 mL 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>fosfomicin tromethamine oral packet</i>	Nivel 2	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>methenamine mandelate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	Nivel 2	
<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>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 28 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (20 tablets per 1 fill)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
<b>CARBAPENEMAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	
<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</i>	Nivel 1	
<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 (3 vials per 1 day)
<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>POLIMIXINAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	Nivel 1	
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - 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	
<i>rifabutin oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>rifampin oral capsule</i>	Nivel 2	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANIÁICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>AGENTES ANTIMANIÁICOS - 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 1	
<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 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
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>DIBENZODIACEPÍNICOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</b>		
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (5 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	
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>sildenafil citrate oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (12 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>sildenafil citrate oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	PA; BE; 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>VASODILADORES DE LA PROSTAGLANDINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>treprostinil injection solution</i>	Nivel 4	PA; SP; LD
VENTAVIS INHALATION SOLUTION ( <i>iloprost</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (9 mL per 1 day)
<b>AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - 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 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 (60 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	Nivel 1	QL (59 mL 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)
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>lidocaine external ointment</i>	Nivel 1	QL (5 grams per 1 day)
<i>lidocaine external patch</i>	Nivel 2	QL (3 patches per 1 day)
<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 External Foam)	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<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)
<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 (90 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 solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
ALTABAX EXTERNAL OINTMENT ( <i>retapamulin</i> )	Nivel 3	QL (30 grams per 1 fill)
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 1 fill)
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	Nivel 1	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 (180 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<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 anti-fungal external cream</i>	Nivel 1	QL (113 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	QL (113 grams per 30 days)
<i>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 2	QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>ketoconazole</i> (Ketodan External Foam)	Nivel 2	QL (100 grams per 30 days)
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>ciclopirox</i> (Ciclodan External Solution)	Nivel 1	QL (7 mL per 30 days)
<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 (60 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 (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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder)	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<b>ANTIPRURIGINOSOS - SISTÉMICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>acitretin oral capsule 25 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 syringes per 28 days)
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (3 vials per 4 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 pens per 28 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 pen per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 syringe per 28 days)
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>secukinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 syringe per 28 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	Nivel 2	SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 unit per 12 weeks)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 unit per 12 weeks)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 syringe per 12 weeks)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>guselkumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 mL per 56 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>guselkumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 mL per 56 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>guselkumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 mL per 56 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 2	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 2	QL (120 grams per 30 days)
<b>ANTIVIRALES - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>acyclovir external ointment</i>	Nivel 1	QL (30 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	Nivel 2	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	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	Nivel 1	QL (46.6 grams per 30 days)
<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)
<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 (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external ointment</i>	Nivel 2	QL (60 grams 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)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 2	QL (90 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> (Clodan External Shampoo)	Nivel 1	QL (3.94 mL per 1 day)
<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>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)
<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 2	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>hydrocortisone butyrate 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</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 1 %</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</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>clobetasol propionate emulsion</i> (Tovet External Foam)	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	Nivel 2	QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide 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 acetonide</i> (Triderm External Cream)	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<b>DERMATITIS ATÓPICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>dupilumab</i> )	Nivel 4	PA; SP
<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>malathion external lotion</i>	Nivel 1	QL (4 mL per 1 day)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>IMIDAZOQUINOLINAMINAS INMUNOMODULADORAS TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>imiquimod external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (48 packets per 365 days)
<b>INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA TIPO II - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>finasteride oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>pimecrolimus external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	Nivel 1	PA; QL (100 grams per 30 days)
<b>PRODUCTOS ANTISEBORREICOS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<b>PRODUCTOS DE QUEMA - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	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>benzoyl peroxide external gel</i>	Nivel 1	QL (6 grams per 1 day)
<i>benzoyl peroxide wash external liquid</i>	Nivel 1	
<i>isotretinoin</i> (Claravis Oral Capsule)	Nivel 2	PA
<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
<b>PROSTAGLANDINAS - TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN</b>		
<i>bimatoprost external solution</i>	Nivel 1	
<b>AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS - DRUGS FOR DIARRHEA</b>		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	Nivel 1	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET ( <i>difenoxin-atropine</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 ( <i>octreotide acetate</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>cabergoline oral tablet</i>	Nivel 1	QL (0.58 tablets per 1 day)
<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, 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 (0.15 tablets per 1 day)
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	QL (0.04 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 28 days)
<b>CALCITONINAS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	Nivel 2	QL (0.13 mL per 1 day)
<b>ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - GONADOTROPINAS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted</i>	Nivel 4	PA; SP; BE
<b>ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - SINTÉTICOS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
CLOMID ORAL TABLET ( <i>clomiphene citrate</i> )	Nivel 1	PA
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO - DRUGS FOR GROWTH</b>		
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 1 day)
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>somatropin</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 4	PA; SP; LD; QL (40 tablets per 1 day)
<b>TRATAMIENTO CON FENILBUTAZONAS - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet)	Nivel 4	PA; SP; LD
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; LD
<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	Nivel 4	PA
<b>TRATAMIENTO DE LA HOMOCISTINURIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>betaine oral powder</i>	Nivel 4	
<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
<b>TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO - ANÁLOGOS DE VITAMINA D - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</b>		
<i>calcitriol oral capsule</i>	Nivel 1	PA
<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	
<i>vasopressin +fid intravenous solution</i>	Nivel 3	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>ACIDULANTES INTESTINALES - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<i>enulose oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>generlac oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lactulose encephalopathy oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
<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 capsule</i>	Nivel 1	QL (12 capsules per 1 day)
<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 2	QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	Nivel 2	QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 1 day)
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBS) - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C) - DRUGS FOR CONSTIPATION</b>		
LINZESS ORAL CAPSULE ( <i>linaclotide</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule 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>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)
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>ustekinumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; 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</i>	Nivel 2	ST; 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	
<b>INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA - DRUGS FOR THE PROSTATE</b>		
<i>dutasteride oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<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) (Curity Sterile Saline Irrigation Solution)</i>	Nivel 1	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	Nivel 1	
<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 CICLO-PENTIL-TRIAZOLO-PIRIMIDINA (CPTP) - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>BRILINTA ORAL TABLET (ticagrelor)</i>	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
<b>DERIVADOS DE LA TIENOPIRIDINA - DRUGS FOR THE BLOOD</b>		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablets per 1 day)
<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>		
<i>BERINERT INTRAVENOUS KIT (c1 esterase inhibitor (human))</i>	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (24 kits 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 capsule</i>	Nivel 1; \$0	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	Nivel 1; \$0	
<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 ( <i>darbepoetin alfa</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 vials per 28 days)
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)
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	
<i>cyanocobalamin</i> (Dodex Injection Solution)	Nivel 1	
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>flunisolide nasal solution</i>	Nivel 1	ST; QL (1 bottle per 30 days)
<b>AGENTES NEUROMUSCULARES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<b>BENZOTIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</b>		
<i>riluzole oral tablet</i>	Nivel 4	SP; QL (4 tablets per 1 day)
<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 0.4 %</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (10 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 (30 mL per 30 days)
<b>ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<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>		
ALOCRIL OPHTHALMIC 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (2 bottles per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL 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	QL (5 mL per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (3 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (3 mL 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)
<b>BETABLOQUEADORES - COMBINACIONES OFTÁLMICAS - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (60 units 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>levobunolol hcl 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>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (3.5 gm per 1 day)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (3.5 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 (3.5 grams per 30 days)
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (Polycin Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	QL (3.5 gm 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	QL (7 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (7 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyx-neo-hc</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	QL (7 grams per 30 days)
<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>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 3	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol 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)
<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>INMUNOMODULADORES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	Nivel 1	PA; QL (2 vials per 1 day)
<b>MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS - DRUGS FOR THE EYE</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<b>MIÓTICOS - ACTUACIÓN DIRECTA - DRUGS FOR GLAUCOMA</b>		
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 (10 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	QL (15 mL per 30 days)
<b>ESTEROIDES ÓTICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</b>		
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	Nivel 1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	Nivel 2	QL (10 mL per 1 fill)
<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 troche</i>	Nivel 2	QL (5 tablet per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	Nivel 1	QL (24 mL per 1 day)
<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)
<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> (Periogard Mouth/Throat Solution)	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<b>ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kourzeq Mouth/Throat 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralene 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	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<b>PRODUCTOS DENTALES - COMBINACIONES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</b>		
<i>denta 5000 plus sensitive dental gel</i>	Nivel 1	
<i>denta 5000 plus sensitive dental paste</i>	Nivel 1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL GEL ( <i>sod fluoride-potassium nitrate</i> )	Nivel 1	
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 sensitive dental gel</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	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride</i> (Denta 5000 Plus Dental Cream)	Nivel 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride</i> (Dentagel Dental Gel)	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride</i> (Fluoridex Dental Paste)	Nivel 1	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride</i> (Fluoridex Enhanced Whitening Dental Paste)	Nivel 1	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sf 5000 plus dental cream</i>	Nivel 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sf dental gel</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream</i>	Nivel 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</i>	Nivel 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	Nivel 1	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental cream</i>	Nivel 1	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental gel</i>	Nivel 1	QL (100 grams per 30 days)
<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, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>carisoprodol oral tablet</i>	Nivel 1	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>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	QL (2 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 100 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>colchicine oral capsule</i>	Nivel 2	ST; QL (2 capsules per 1 day)
<i>colchicine oral tablet</i>	Nivel 2	QL (2.3 tablets per 1 day)
<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 (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ACTIVADORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN NRF2 - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	Nivel 1	PA; SP; LD; QL (14 capsules per 365 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	Nivel 1	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	Nivel 1	PA; SP; LD; QL (1 kit per 365 days)
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTICUERPOS MONOCLONALES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE ( <i>natalizumab</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 vial per 28 days)
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - INTERFERONES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>peginterferon beta-1a</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (1 mL per 28 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 AUTO-INJECTOR ( <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)
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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 6 months)
<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>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<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>		
<i> fingolimod hcl oral capsule</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>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1; \$0	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</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	QL (4 mL per 1 day)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	Nivel 2; \$0	QL (1 dose pack per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet</i>	Nivel 2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	Nivel 2; \$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>ENZIMAS HIDROLÍTICAS - DRUGS FOR THE LUNGS</b>		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION ( <i>dornase alfa</i> )	Nivel 4	SP; LD; QL (150 mL per 30 days)
<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 sodium</i> (Levoxyl Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
NP THYROID ORAL TABLET ( <i>thyroid</i> )	Nivel 3	
<i>levothyroxine sodium</i> (Unithroid Oral Tablet)	Nivel 1	
<b>AMINOGLUCÓSIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AMINOGLUCÓSIDOS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	Nivel 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution</i>	Nivel 4	SP; LD; QL (10 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</b>		
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>diclofenac potassium oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<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>etodolac oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen (Ibu Oral Tablet)</i>	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>mefenamic acid oral capsule</i>	Nivel 1	QL (29 capsule per 1 fill)
<i>meloxicam oral suspension</i>	Nivel 1	ST; QL (10 mL per 1 day)
<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)
<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 oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<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>piroxicam oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>sulindac oral tablet</i>	Nivel 1	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>etanercept</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (4 pens per 28 days)
<b>ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 tablets per 1 day)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG ( <i>upadacitinib</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (84 tablets per 12 weeks)
<b>ANTITNF ALFA - ANTICUERPOS MONOCLONALES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 10 mg/0.2ml, 20 mg/0.4ml, 40 mg/0.8ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(cdluc/hs str) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-adbm(cdluc/hs str) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-adbm(psluv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>adalimumab-adbm(psluv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</b>	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pen per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pen per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s)
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA-PSORIASIS/VEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA-PSORIASIS/VEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT ( <b>adalimumab</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 auto-injectors per 28 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)s)
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/VEIT START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <b>adalimumab-adaz</b> )	Nivel 4	PA; SP; QL (1 kit per 1 one-time 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT ( <i>adalimumab-ryvk</i> )	Nivel 4	PA; SP; QL (2 pens 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>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)
<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-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-aspirin-caffeine oral capsule</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Esgic 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>SALICILATOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<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>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)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet Soluble)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 10 mg/0.5ml, 100 mg/5ml, 20 mg/ml</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 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</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 100 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 (16 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	Nivel 2	QL (8 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	Nivel 2	QL (4 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	Nivel 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	Nivel 1	QL (4 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 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)
<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)
<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)
<b>COMBINACIONES DE TRAMADOL - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</b>		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<b>ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - HORMONES</b>		
<b>ANDRÓGENOS - DRUGS FOR MEN</b>		
<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>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone Intramuscular Solution)	Nivel 1	PA
<i>methitest oral tablet</i>	Nivel 3	PA
<i>testosterone cypionate injection solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/lact (1.62%)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/lact (1%)</i>	Nivel 2	PA; QL (2 bottles 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<i>testosterone transdermal solution</i>	Nivel 2	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
<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 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>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	Nivel 1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>dofetilide oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg, 400 Mg)	Nivel 1	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	QL (3 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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 4	QL (30 syringes per 30 days)
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</b>		
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 SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 3	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG ( <i>rivaroxaban</i> )	Nivel 3	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 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 oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET ( <i>norethin-eth estrad-fe biphas</i> )	Nivel 2; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtree 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 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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Daysee 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> (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)
CURAE ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	
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	
HER STYLE ORAL TABLET ( <i>levonorgestrel</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 30 days)
<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)
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)
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)
<b>ANTICONCEPTIVOS DE FASE CUATRO ORALES - BIRTH CONTROL PILLS</b>		
NATAZIA ORAL TABLET ( <i>estradiol valerate-dienogest</i> )	Nivel 2; \$0	
<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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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> (Emzahh 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> (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	
OPILL ORAL TABLET ( <i>norgestrel</i> )	Nivel 2; \$0	
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
SLYND ORAL TABLET ( <i>drospirenone</i> )	Nivel 3; \$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>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	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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> (Tri-Nymyo 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	
VELIVET ORAL TABLET ( <i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> )	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>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<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	
<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>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselle-28 Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq 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> (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>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable)	Nivel 1; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gemmyl Oral Capsule)	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>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet)	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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1/20 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>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet</i>	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>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>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<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> (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>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET ( <i>drospirenone-estetrol</i> )	Nivel 3; \$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>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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nylia 1/35 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	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Orsythia Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Philith Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 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> (Taysofy Oral Capsule)	Nivel 1; \$0	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet)	Nivel 1; \$0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> )	Nivel 3; \$0	
<i>drospire-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> (Vienva 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>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35 (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 transdermal patch weekly</i>	Nivel 1; \$0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY ( <i>levonorgestrel-eth estradiol</i> )	Nivel 3; \$0	
<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>		
ANNOVERA VAGINAL RING ( <i>segesterone-ethinyl estradiol</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring)	Nivel 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring)	Nivel 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	Nivel 1; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring)	Nivel 1; \$0	
<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>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>clobazam oral suspension</i>	Nivel 2	QL (16 mL per 1 day)
<i>clobazam oral tablet</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<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)
<i>diazepam rectal gel</i>	Nivel 2	QL (2 syringes per 1 fill)
<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> (Epilex Oral Tablet)	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule</i>	Nivel 2	DO
<i>gabapentin oral solution</i>	Nivel 2	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 2	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lacosamide oral solution</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>lacosamide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	Nivel 1	DO
<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)
<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	QL (30 mL per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	Nivel 2	DO
<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 250 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet</i>	Nivel 1	DO
<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	QL (30 mL per 1 day)
<i>felbamate oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<b>HIDANTOÍNA - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
DILANTIN ORAL CAPSULE ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	Nivel 3	
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek Oral Capsule)	Nivel 1	
<i>phenytoin oral suspension</i>	Nivel 1	
<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	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>SUCCINIMIDAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</b>		
<i>ethosuximide oral capsule</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<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	DO
<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</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	
<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</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
<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)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>vilazodone hcl oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet 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 2	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	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	
<i>sertraline 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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</i>	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	Nivel 2	QL (2 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</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<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</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<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>		
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 2	PA; QL (1 box (2 pens) per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG ( <i>semaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (4 pens 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML ( <i>dulaglutide</i> )	Nivel 2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
<b>ANÁLOGOS DE MEGLITINIDAS - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>nateglinide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<b>BIGUANIDAS - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<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; \$0	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>		
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg</i>	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg</i>	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
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 prop-metformin</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG ( <i>dapagliflozin prop-metformin</i> )	Nivel 2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2) - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i>	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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)
<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 INJECTION SOLUTION ( <i>insulin lispro</i> )	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
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 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 200 unit/ml</i>	Nivel 2	QL (18 mL per 30 days)
<i>insulin degludec subcutaneous solution</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin glargine-yfqn subcutaneous solution</i>	Nivel 3	QL (1 mL per 1 day)
<i>insulin glargine-yfqn subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 3	QL (1 mL per 1 day)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro injection solution</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)
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)
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)
<i>glucose oral liquid</i>	Nivel 1	
<i>glucose oral tablet chewable</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE GO ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>dextrose (diabetic use)</i> )	Nivel 3	
TRUEPLUS GLUCOSE ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>dextrose (diabetic use)</i> )	Nivel 3	
<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 2.5 mg</i>	Nivel 1	ST; QL (16 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)
<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)
<b>TIAZOLIDINEDIONAS - DRUGS FOR DIABETES</b>		
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<b>ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
<b>ANTAGONISTAS OPIÁCEOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
KLOXXADO NASAL LIQUID ( <i>naloxone hcl</i> )	Nivel 2	QL (3 boxes per 3 monthss)
<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>naloxone hcl nasal liquid</i>	Nivel 1	QL (6 nasal spray per 90 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
REXTOVY NASAL LIQUID ( <i>naloxone hcl</i> )	Nivel 2	QL (6 nasal sprays per 3 months)
<b>ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</b>		
CHEMET ORAL CAPSULE ( <i>succimer</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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
<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>		
<i>dronabinol oral capsule</i>	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<b>SUSTANCIA PARA ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NK1 - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</b>		
<i>aprepitant oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 fill)
<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>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<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 solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>trosipium chloride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTHELMÍNTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>ANTHELMÍNTICOS - DRUGS FOR PARASITES</b>		
<i>benznidazole oral tablet</i>	Nivel 3	
<i>ivermectin oral tablet</i>	Nivel 1	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>fenofibrate micronized oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<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 ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	Nivel 1	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 2; \$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

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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, 5 mg</i>	Nivel 1; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE PCSK9 - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 3	PA; QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 3	PA; QL (2 syringes per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>evolocumab</i> )	Nivel 3	PA; QL (2 syringes per 28 days)
<b>SECUESTRADORES DEL ÁCIDO BILIAR - DRUGS FOR CHOLESTEROL</b>		
<i>cholestyramine light oral packet</i>	Nivel 1	QL (24 grams per 1 day)
<i>cholestyramine light oral powder</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 1 day)
<i>cholestyramine oral packet</i>	Nivel 1	QL (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine oral powder</i>	Nivel 1	QL (54 grams per 1 day)
<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)
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (16 tablets per 1 day)
<i>cholestyramine light</i> (Prevalite Oral Packet)	Nivel 1	QL (24 grams per 1 day)
<i>cholestyramine light</i> (Prevalite Oral Powder)	Nivel 1	QL (30 grams per 1 day)
<b>ANTIHIPERTENSIVOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<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)
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	Nivel 1	DO
<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</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>losartan potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	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	DO
<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	QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO DE ALDOSTERONA (SARA) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>eplerenone oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN CENTRAL - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr</i>	Nivel 1	QL (12 patches per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Nivel 1	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<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	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<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)
<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</i>	Nivel 1	DO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release</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 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>benazepril hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>fosinopril sodium oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 40 mg</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
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>quinapril hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</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</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<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 10-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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	QL (3 tablets per 1 day)
<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 oral solution</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	Nivel 2	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethazine hcl</i> (Promethegan Rectal Suppository 12.5 Mg, 25 Mg)	Nivel 2	QL (6 suppositories per 1 day)
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY 50 MG ( <i>promethazine hcl</i> )	Nivel 2	QL (1 suppository per 1 day)
<b>ANTIISTAMÍNICOS - NO SEDANTES - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<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)
<b>ANTIISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDES)** - ANTIBIÓTICOS</b>		
BREXAFEMME ORAL TABLET ( <i>ibrexafungerp citrate</i> )	Nivel 3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
<b>ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR FUNGUS</b>		
<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 tablet</i>	Nivel 1	
<i>terbinafine hcl 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 capsule per 30 days)
<b>ANTINEOPLÁSTICOS 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); OC
<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); OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG ( <i>bosutinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG ( <i>ponatinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day); OC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG ( <i>nilotinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day); OC
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG ( <i>nilotinib hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (3 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (1 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET ( <i>ibrutinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER</b>		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION ( <i>cetuximab</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
GILOTRIF ORAL TABLET ( <i>afatinib dimaleate</i> )	Nivel 3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>AGENTES ALQUILANTES - DRUGS FOR CANCER</b>		
MYLERAN ORAL TABLET ( <i>busulfan</i> )	Nivel 4; OC	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); OC
<b>ANÁLOGOS DE LHRH - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	Nivel 4	PA; SP
<b>ANTIANDRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	Nivel 2; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>nilutamide oral tablet</i>	Nivel 4; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
XTANDI ORAL CAPSULE ( <i>enzalutamide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
<b>ANTICUERPOS ANTIADRENAL - DRUGS FOR CANCER</b>		
LYSODREN ORAL TABLET ( <i>mitotane</i> )	Nivel 4; OC	QL (38 tablets per 1 day); OC
<b>ANTIESTRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	OC
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	Nivel 4; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>ANTIMETABOLITOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>capecitabine oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; OC
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	Nivel 2; OC	OC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium injection solution</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	Nivel 2; OC	OC
TABLOID ORAL TABLET ( <i>thioguanine</i> )	Nivel 4; OC	OC
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA MTOR - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>everolimus oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; OC

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>everolimus</i> (Torpenz Oral Tablet)	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); OC
ZELBORAF ORAL TABLET ( <i>vemurafenib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA HISTONA DESACETILASA - DRUGS FOR CANCER</b>		
ZOLINZA ORAL CAPSULE ( <i>vorinostat</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day); OC
<b>ANTINEOPLÁSICOS - 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); OC
<b>ANTINEOPLÁSICOS - 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); OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG ( <i>trametinib dimethyl sulfoxide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES MULTICINASAS - DRUGS FOR CANCER</b>		
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG ( <i>vandetanib</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG ( <i>vandetanib</i> )	Nivel 4; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days); OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT ( <i>cabozantinib s-malate</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 dose pack per 28 days); OC
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); OC
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
<i>pazopanib hcl oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
<i>sorafenib tosylate oral tablet</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
STIVARGA ORAL TABLET ( <i>regorafenib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (84 tablets per 28 days); OC

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
<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); OC
<b>ANTINEOPLÁSTICOS VARIOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>interferon gamma-1b</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	Nivel 2; OC	OC
MATULANE ORAL CAPSULE ( <i>procarbazine hcl</i> )	Nivel 4; OC	OC
<b>ESTRÓGENOS - ANTINEOPLÁSTICOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
EMCYT ORAL CAPSULE ( <i>estramustine phosphate sodium</i> )	Nivel 4; OC	PA; OC
<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); OC
<i>temozolomide oral capsule 140 mg, 180 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day); OC
<i>temozolomide oral capsule 20 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (4 capsule per 1 day); OC
<i>temozolomide oral capsule 5 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; QL (3 capsule per 1 day); OC
<b>INHIBIDORES DE BIOSÍNTESIS DE ANDRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
<b>INHIBIDORES DE LA AROMATASA - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>anastrozole oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>exemestane oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>letrozole oral tablet</i>	Nivel 2; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
<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); OC
<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); OC

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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 TABLET ( <i>olaparib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
<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); OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG ( <i>palbociclib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (21 tablets per 28 days); OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG ( <i>palbociclib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
<b>INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I - DRUGS FOR CANCER</b>		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE ( <i>topotecan hcl</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; OC
<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); OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG ( <i>axitinib</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
<b>INHIBIDORES MIÓTICOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>etoposide oral capsule</i>	Nivel 4; OC	SP; OC
<b>MOSTAZAS DE NITRÓGENO - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	Nivel 4; OC	SP; OC
LEUKERAN ORAL TABLET ( <i>chlorambucil</i> )	Nivel 3; OC	OC
<i>melphalan oral tablet</i>	Nivel 4; OC	SP; OC
<b>NITROSOUREA - DRUGS FOR CANCER</b>		
GLEOSTINE ORAL CAPSULE ( <i>lomustine</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; OC
<b>PROGESTINAS - ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>megestrol acetate oral suspension</i>	Nivel 1; OC	OC
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	Nivel 1; OC	OC
<b>RETINIOIDES - DRUGS FOR CANCER</b>		
<i>tretinoin oral capsule</i>	Nivel 2; OC	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 (3 tablets per 1 day)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (5 tablets 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>primaquine phosphate oral tablet</i>	Nivel 3	
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (60 capsules per 30 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 CARTRIDGE ( <i>apomorphine hcl</i> )	Nivel 4	PA; SP; LD; QL (2 mL per 1 day)
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</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 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	
<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 tablet</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	Nivel 2	
<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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA - DRUGS FOR PARKINSON</b>		
<i>carbidopa oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>ANTIVIRALES - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>*ANTIVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>nirmatrelvir-ritonavir</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>nirmatrelvir-ritonavir</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 90 days)
<b>*MISC. ANTIVIRALS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE ( <i>molnupiravir</i> )	Nivel 3	QL (40 capsules per 90 days)
<b>AGENTES DEL CITOMEGALOVIRUS (CMV) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	Nivel 4	
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	Nivel 4	
<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 30 days)
<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)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION ( <i>entecavir</i> )	Nivel 4	QL (20 mL per 1 day)
<i>entecavir oral tablet</i>	Nivel 4	QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET ( <i>tenofovir alafenamide fumarate</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS C - COMBINACIONES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	Nivel 3	PA; SP; QL (1 packet per 1 day)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	Nivel 3	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	Nivel 3	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG ( <i>sofosbuvir-velpatasvir</i> )	Nivel 3	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<b>AGENTES PARA LA HEPATITIS C - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; LD; QL (4 vials per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>peginterferon alfa-2a</i> )	Nivel 4	SP; LD; QL (4 syringes per 28 days)
<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	
<b>ANTIRRETROVIRALES - ANTAGONISTA DE CCR5 (INHIBIDOR DE ENTRADA) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>maraviroc oral tablet</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE FUSIÓN - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED ( <i>enfuvirtide</i> )	Nivel 2	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
<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 ( <i>dolutegravir sodium</i> )	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE ( <i>dolutegravir sodium</i> )	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA PROTEASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
APTIVUS ORAL CAPSULE ( <i>tipranavir</i> )	Nivel 2	PA; QL (4 capsules 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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION ( <i>darunavir</i> )	Nivel 2	QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG ( <i>darunavir</i> )	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG ( <i>darunavir</i> )	Nivel 2	QL (10 tablets 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	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET ( <i>etravirine</i> )	Nivel 2	PA; 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)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-TIMIDINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
<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)
BIKTARVY ORAL TABLET ( <i>bictegravir-emtricitab-tenofof</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG ( <i>emtricitabine-tenofovir af</i> )	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG ( <i>emtricitabine-tenofovir af</i> )	Nivel 2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET ( <i>dolutegravir-lamivudine</i> )	Nivel 2	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)
<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)
<i>trumeq pd oral tablet soluble</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<b>INHIBIDORES DE ENDONUCLEASAS PA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS</b>		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 1 fill)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK ( <i>baloxavir marboxil</i> )	Nivel 3	QL (1 pack per 1 fill)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>BETABLOQUEADORES - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>BETABLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>atenolol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl oral solution</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	DO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (8 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>timolol maleate oral tablet 10 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)
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<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	DO
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>labetalol hcl oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>labetalol hcl oral tablet 300 mg</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<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)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 300 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 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</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg</i>	Nivel 2	QL (2 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg</i>	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet 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</i>	Nivel 1	DO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules 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</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets 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</i>	Nivel 2	QL (2 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</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 2	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 300 Mg, 360 Mg)	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



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 120 Mg)	Nivel 1	DO
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 180 Mg)	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg)	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 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 120 mg</i>	Nivel 1	DO
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablet per 1 day)
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	DO
<b>CARDIOTÓNICOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<b>GLUCÓSIDOS CARDÍACOS - DRUGS FOR THE HEART</b>		
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 125 Mcg)	Nivel 1	DO
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 250 Mcg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>digoxin oral solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Nivel 1	DO
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>	Nivel 2	DO
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG ( <i>digoxin</i> )	Nivel 3	DO
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG ( <i>digoxin</i> )	Nivel 3	QL (2 tablets per 1 day)
<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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>CEFALOSPORINAS - 2.<sup>a</sup> 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	
<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	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cefixime oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<b>AGENTES LIBERADORES DE POTASIO - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Kionex Combination Suspension)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Sps (Sodium Polystyrene Sulf) Combination Suspension)	Nivel 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION ( <i>sodium polystyrene sulfonate</i> )	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> (Sps Oral Suspension)	Nivel 2	
<b>AGENTES QUELANTES - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>penicillamine oral tablet</i>	Nivel 4	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
<i>trientine hcl oral capsule</i>	Nivel 4	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	
<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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTILEPROSOS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG ( <i>thalidomide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG ( <i>thalidomide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
<b>INHIBIDORES DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	Nivel 4	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	Nivel 4	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 4	
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release</i>	Nivel 4	
<b>INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>sirolimus oral solution</i>	Nivel 4	
<i>tacrolimus oral capsule</i>	Nivel 2	
<b>INMUNOMODULADORES PARA LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS - VITAMINS AND MINERALS</b>		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
REVLIMID ORAL CAPSULE ( <i>lenalidomide</i> )	Nivel 4; OC	PA; SP; LD; QL (1 capsule per 1 day); OC
<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>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 sodium phosphate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral solution</i>	Nivel 1	
<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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>DISPOSITIVOS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
<b>AGUJAS Y JERINGAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE ( <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 ECLIPSE NEEDLE ( <i>needle (disp)</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE SHIELDED NEEDLE ( <i>needle (disp)</i> )	Nivel 3	
BD ECLIPSE SYRINGE ( <i>syringe/needle (disp)</i> )	Nivel 3	
BD INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringes (disposable)</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)
BD SAFETYGLIDE NEEDLE ( <i>needle (disp)</i> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SHIELDED NEEDLE ( <i>needle (disp)</i> )	Nivel 3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE ( <i>syringe/needle (disp)</i> )	Nivel 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE ( <i>insulin syringe-needle u-100</i> )	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
EMBRACE 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 syringe-needle u-100</i>	Nivel 3	QL (200 syringes per 30 days)
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 PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles</i>	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
<i>pen needles 5/16"</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENTIPS ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</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)
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)
<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)
<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)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles 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)
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 ULTRA PEN NEEDLE ( <i>insulin pen needle</i> )	Nivel 3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE ( <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>		
<i>alcohol swabs pad</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; \$0	
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	
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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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>NEBULIZADORES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
PARI BABY NEBULIZER SET ( <i>nebulizers</i> )	Nivel 3	
<b>PRESERVATIVOS (FEMENINOS) - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
FC2 FEMALE CONDOM ( <i>condoms - female</i> )	Nivel 3; \$0	QL (12 units per 1 fill)
<b>SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</b>		
ACCU-CHEK AVIVA IN VITRO SOLUTION ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS KIT ( <i>blood glucose monitoring suppl</i> )	Nivel 2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT ( <i>lancets misc.</i> )	Nivel 2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL IN VITRO LIQUID ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE KIT ( <i>blood glucose monitoring suppl</i> )	Nivel 2	
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT ( <i>blood glucose monitoring suppl</i> )	Nivel 2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL IN VITRO LIQUID ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT ( <i>lancets misc.</i> )	Nivel 2	QL (200 units per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL IN VITRO SOLUTION ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
<i>lancet device</i>	Nivel 3	
<i>lancets</i>	Nivel 3	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN ( <i>lancets</i> )	Nivel 3	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRA 2 KIT ( <i>blood glucose monitoring suppl</i> )	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL IN VITRO LIQUID ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
ONETOUCH ULTRA IN VITRO LIQUID ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
ONETOUCH VERIO FLEX SYSTEM KIT ( <i>blood glucose monitoring suppl</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONETOUCH VERIO IN VITRO LIQUID ( <i>blood glucose calibration</i> )	Nivel 2	
<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>spironolactone-hctz 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</i>	Nivel 1	
<i>triamterene oral capsule</i>	Nivel 2	
<b>DIURÉTICOS DEL ASA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>bumetanide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>furosemide oral solution</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>torseamide 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>metolazone oral tablet</i>	Nivel 1	
<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 PROGESTINA - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Amabelz Oral Tablet)	Nivel 1	
BIJUVA ORAL CAPSULE ( <i>estradiol-progesterone</i> )	Nivel 3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>estradiol-norethindrone acet 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Jinteli 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 (0.15 patches per 1 day)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</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>FLUROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>FLUROQUINOLONAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>ofloxacin oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>HIPNÓTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<b>HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	Nivel 2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<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, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg</i>	Nivel 1	DO
<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)
<b>MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA - DRUGS FOR INSOMNIA</b>		
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 3 mg</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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>LAXANTES - DRUGS FOR THE STOMACH</b>		
<b>COMBINACIONES DE LAXANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (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>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	Nivel 1; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	Nivel 1; \$0	QL (2 kits 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/ascorbic acid oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	Nivel 1; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c)</i>	Nivel 3	QL (1 gram per 30 days)
<b>LAXANTES ESTIMULANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1; \$0	
<b>LAXANTES SALINOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>magnesium citrate oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<b>LAXANTES VARIOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</b>		
<i>constulose oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>lactulose oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
<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>MACRÓLIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>AZITROMICINA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>azithromycin oral packet</i>	Nivel 1	
<i>azithromycin 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>azithromycin oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>CLARITROMICINA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	Nivel 1	
<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	
<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 (150 mL per 5 days)
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	Nivel 1	QL (2 fills per 30 fills)
<b>ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS OPIÁCEOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>hydrocod poli-chlorphe poli 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 (150 mL per 5 days)
<i>promethazine-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	PA; QL (150 mL per 5 days)
<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 bit-homatrop mbr oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (150 mL per 5 days)
<i>hydromet oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (150 mL per 5 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>DESCONGESTIVO Y ANTIHISTAMÍNICO - DRUGS FOR COUGH AND COLD</b>		
<i>promethazine vc oral syrup</i>	Nivel 1	QL (2 fills per 30 fills)
<b>INHALANTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR ALLERGIES</b>		
<i>sodium chloride</i> (Nebusal Inhalation Nebulization Solution)	Nivel 1	
<i>sodium chloride</i> (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	Nivel 1	
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution</i>	Nivel 1	
<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 hcl oral solution</i>	Nivel 1	QL (40 mL per 1 day)
<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)
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<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>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>ANTIÚLCEROSOS 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>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	
<b>MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>misoprostol oral tablet</i>	Nivel 1	\$0 for Fully insured members in California
<b>MINERALES Y ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>FLUORURO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>sodium fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	QL (2 mL per 1 day)
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	Nivel 1; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<b>FOSFATO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>k phos mono-sod phos di &amp; mono</i> (Phospha 250 Neutral Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>phosphorous oral tablet</i>	Nivel 1	
<b>POTASIO - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<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 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 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq</i>	Nivel 1	
<b>MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<b>VITAMINAS PEDIÁTRICAS - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
<i>adclf (0.5mg/ml) oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1; \$0	
<i>tri-vitelfluoride oral solution</i>	Nivel 1; \$0	
<i>vitamins acd-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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
CITRANATAL B-CALM ORAL ( <i>prenat w/o a fecbnfe glu-fa &amp; b6</i> )	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>c-nate dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule 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)
ELITE-OB ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet 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)
INATAL GT ORAL TABLET ( <i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i> )	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>m-natal plus oral tablet</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)
<i>one vite womens plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	Nivel 2	QL (1 caplet per 1 day)
<i>pnv-dha oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-select oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prena 1 true oral</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet</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 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 plus vitamin/mineral 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)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE ( <i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule 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-C DHA ORAL CAPSULE ( <i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i> )	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>thrivite rx oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
VINATE II ORAL TABLET ( <i>prenatal vit w/ fe bisg-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)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE ( <i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i> )	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
VITAFOL STRIPS ORAL FILM ( <i>prenatal-b6-b12-d3-folic acid</i> )	Nivel 2	QL (1 strip per 1 day)
<i>wesnatal dha complete oral</i>	Nivel 2	QL (2 units per 1 day)
<i>westab plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<b>OXITÓCICOS - HORMONES</b>		
<b>OXITÓCICOS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>methylergonovine maleate</i> (Methergine Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	Nivel 2	
<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	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule</i>	Nivel 1	
<b>COMBINACIONES DE PENICILINA - ANTIBIOTICS</b>		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	
<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 GUIDE IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP ( <i>glucose blood</i> )	Nivel 2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST 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)
<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>SUPLEMENTOS NUTRICIONALES - DRUGS FOR NUTRITION</b>		
FIBERSOURCE HN ORAL LIQUID ( <i>nutritional supplements</i> )	Nivel 3	
KATE FARMS STANDARD 1.0 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>*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE ( <i>rimegepant sulfate</i> )	Nivel 3	PA; QL (8 tablets per 30 days)
<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)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	Nivel 2	QL (6 cartriges 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<b>ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML ( <i>erenumab-aooe</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 injector per 28 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML ( <i>erenumab-aooe</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	Nivel 2	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>galcanezumab-gnlm</i> )	Nivel 2	PA; QL (1 syringe per 28 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 2	
<b>PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	Nivel 2	ST; QL (8 mL per 28 days)
<b>PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<b>*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN</b>		
PHEXXI VAGINAL GEL ( <i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i> )	Nivel 3; \$0	
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	Nivel 1	
VANDAZOLE VAGINAL GEL ( <i>metronidazole</i> )	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	QL (42.5 grams per 30 days)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG ( <i>estradiol</i> )	Nivel 3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM ( <i>estrogens, conjugated estradiol</i> ) (Yuvaferm Vaginal Tablet)	Nivel 3	QL (1 grams per 1 day)
<i>estradiol</i> (Yuvaferm Vaginal Tablet)	Nivel 2	QL (18 tablets per 28 days)
<b>PROGESTINAS - HORMONES</b>		
<b>PROGESTINAS - DRUGS FOR WOMEN</b>		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>progesterone intramuscular oil</i>	Nivel 1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<b>SULFONAMIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS</b>		
<b>SULFONAMIDAS - ANTIBIOTICS</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	Nivel 2	
<b>TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTILOBÉSICOS/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</i>	Nivel 2	PA
<b>AGENTE PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) - AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	PA
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	PA
<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 2	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Procentra Oral Solution)	Nivel 2	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, 7.5 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)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 2.5 Mg, 5 Mg)	Nivel 1	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenedi Oral Tablet 20 Mg, 30 Mg)	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<b>ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</b>		
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>phentermine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>phentermine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<b>ESTIMULANTES VARIOS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<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 (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 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 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)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO
<b>MEZCLAS DE ANFETAMINAS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</b>		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphet 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)
<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)

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsule per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	PA; QL (2 capsules 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>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour 105 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour 115 mg, 135 mg, 45 mg, 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate</i> (Targadox Oral Tablet)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<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	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>diphth-acell pertussis-tetanus</i> )	Nivel 3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>dtap-ipv-hib vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>dtap-ipv vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <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	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>measles-mumps-rubella-varicell</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	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>mening acy&amp;w-135 tetanus conj</i> )	Nivel 3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION ( <i>meningococcal a c y&amp;w-135 olig</i> )	Nivel 3; \$0	
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	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>mening acyw(tet conj)-b(rcmb)</i> )	Nivel 3; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE ( <i>pneumococcal vac polyvalent</i> )	Nivel 2; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION ( <i>pneumococcal vac polyvalent</i> )	Nivel 2; \$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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <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	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>typhoid vi polysaccharide vacc</i> )	Nivel 3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>pneumococcal 15-val conj vacc</i> )	Nivel 2; \$0	
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 (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
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)
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac a&amp;b surf ant adj</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
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 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac recombinant ha</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac recomb ha quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza vac tiss-cult subunt</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac tiss-cult subunt</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 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split quad</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUMIST NASAL LIQUID ( <i>influenza virus vaccine live</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)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza vac split high-dose</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
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 INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>influenza virus vaccine split</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>influenza virus vacc split pf</i> )	Nivel 1; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
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 PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recomb adj</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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rabies virus vaccine, hdc</i> )	Nivel 3	
IPOLE INJECTION INJECTABLE ( <i>poliovirus vaccine inactivated</i> )	Nivel 3; \$0	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>japanese encephalitis vac inac</i> )	Nivel 3	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension</i>	Nivel 2; \$0	
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	Nivel 2; \$0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension</i>	Nivel 2; \$0	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac 3-antigen rcmb</i> )	Nivel 3; \$0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>rabies vaccine, pcec</i> )	Nivel 3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>hepatitis b vac recombinant</i> )	Nivel 3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION ( <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	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE ( <i>covid-19 mrna virus vaccine</i> )	Nivel 2; \$0	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION ( <i>hepatitis a vaccine</i> )	Nivel 3; \$0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED ( <i>varicella virus vaccine live</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	

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 0.15 mg/0.15ml</i>	Nivel 1	QL (2 pens per 1 fill)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	Nivel 1	QL (2 pen 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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



## Index

<i>abacavir sulfate</i> .....	80	<i>ala-cort</i> .....	24	<i>apraclonidine hcl</i> .....	33
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	81	<i>albuterol sulfate</i> .....	14	<i>aprepitant</i> .....	65
<i>abiraterone acetate</i> .....	75	ALBUTEROL SULFATE HFA.....	14	Apri.....	52
<i>acamprosate calcium</i> .....	40	<i>alclometasone dipropionate</i> .....	24	APTIVUS.....	79
<i>acarbose</i> .....	62	<i>alcohol swabs</i> .....	89	Aranelle.....	51
ACCU-CHEK AVIVA.....	90	<i>alendronate sodium</i> .....	28	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	32
ACCU-CHEK AVIVA PLUS.....	90, 98	<i>alfuzosin hcl er</i> .....	31	<i>aripiprazole</i> .....	18
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET..	90	ALINIA.....	16	<i>armodafinil</i> .....	102
ACCU-CHEK GUIDE.....	90, 98	<i>allopurinol</i> .....	38	Ascomp-Codeine.....	47
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL....	90	ALOCRI.....	33	Ashlyna.....	49
ACCU-CHEK GUIDE ME.....	90	<i>alogliptin benzoate</i> .....	62	ASMANEX (120 METERED	
ACCU-CHEK GUIDE TEST.....	98	ALOMIDE.....	33	DOSES).....	15
ACCU-CHEK SMARTVIEW.....	99	<i>alprazolam</i> .....	13	ASMANEX (14 METERED	
ACCU-CHEK SMARTVIEW		<i>alprazolam er</i> .....	13	DOSES).....	15
CONTROL.....	90	<i>alprazolam xr</i> .....	13	ASMANEX (30 METERED	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		ALTABAX.....	22	DOSES).....	15
DEV.....	90	Altavera.....	52	ASMANEX (60 METERED	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>alyacen 1135</i> .....	52	DOSES).....	15
DEV.....	90	<i>alyacen 71717</i> .....	51	<i>aspirin</i> .....	46
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>alyq</i> .....	20	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	31
DEV.....	90	Amabelz.....	91	ATABEX EC.....	97
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amantadine hcl</i> .....	77	ATABEX OB.....	97
DEV.....	90	<i>ambrisentan</i> .....	20	<i>atazanavir sulfate</i> .....	79
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amcinonide</i> .....	24	<i>atenolol</i> .....	82
DEV.....	90	Amethia.....	49	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	69
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		Amethyst.....	49	<i>atomoxetine hcl</i> .....	101
DEV.....	90	<i>amiloride hcl</i> .....	91	<i>atorvastatin calcium</i> .....	66
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	91	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	77
DEV.....	90	<i>amiodarone hcl</i> .....	48	<i>atropine sulfate</i> .....	35
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amitriptyline hcl</i> .....	58	Aubra Eq.....	52
DEV.....	90	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> ...69		Aurovela 1.5/30.....	52
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amlodipine besylate</i> .....	83	Aurovela 1/20.....	52
DEV.....	90	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....69		Aurovela 24 Fe.....	52
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	20	Aurovela Fe 1.5/30.....	52
DEV.....	90	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	69	Aurovela Fe 1/20.....	52
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	68	Aviane.....	52
DEV.....	90	<i>ammonium lactate</i> .....	26	<i>avidoxy</i> .....	103
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		Amnesteem.....	27	Ayuna.....	52
DEV.....	90	<i>amoxapine</i> .....	58	<i>azathioprine</i> .....	86
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amoxicillin</i> .....	98	<i>azelaic acid</i> .....	21
DEV.....	90	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	98	<i>azelastine hcl</i> .....	33
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> .....98		<i>azithromycin</i> .....	93, 94
DEV.....	90	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> ..	103	Azurette.....	49
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>amphetamine-</i>		Bac.....	45
DEV.....	90	<i>dextroamphetamine</i> .....	103	<i>bacitracin</i> .....	34
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>ampicillin</i> .....	98	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	34
DEV.....	90	<i>anagrelide hcl</i> .....	31	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> ...35	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		<i>anastrozole</i> .....	75	<i>baclofen</i> .....	37
DEV.....	90	ANNOVERA.....	55	<i>balsalazide disodium</i> .....	30
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET		APOKYN.....	77	Balziva.....	52
DEV.....	90	<i>apomorphine hcl</i> .....	77	BARACLUDGE.....	78

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

BD AUTOSHIELD DUO.....	88	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ....	69	<i>carteolol hcl</i> .....	34
BD ECLIPSE NEEDLE.....	88	Blisovi 24 Fe.....	52	Cartia Xt.....	83
BD ECLIPSE SHIELDED NEEDLE.....	88	Blisovi Fe 1.5/30.....	52	<i>carvedilol</i> .....	82
BD ECLIPSE SYRINGE.....	88	Blisovi Fe 1/20.....	52	CAYA.....	89
BD INSULIN SYRINGE.....	88	BOOSTRIX.....	104	CAYSTON.....	17
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT.....	88	BOSULIF.....	72	<i>cefaclor</i> .....	86
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	88	BREXAFEMME.....	71	<i>cefaclor er</i> .....	86
BD INSULIN SYRINGE U/F.....	88	Breyna.....	15	<i>cefadroxil</i> .....	85
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT.....	88	<i>briellyn</i> .....	52	<i>cefdinir</i> .....	86
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE.....	88	BRILINTA.....	31	<i>cefixime</i> .....	86
BD PEN NEEDLE MICRO U/F.....	88	<i>brimonidine tartrate</i> .....	33	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	86
BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	88	Bromfed Dm.....	94	<i>cefprozil</i> .....	86
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	88	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	77	<i>cefuroxime axetil</i> .....	86
BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	88	<i>budesonide</i> .....	15, 87	<i>celecoxib</i> .....	45
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F... ..	88	<i>budesonide-formoterol fumarate</i> .....	15	<i>cephalexin</i> .....	85
BD PEN NEEDLE SHORT U/F.....	88	<i>bumetanide</i> .....	91	<i>cevimeline hcl</i> .....	37
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	88	<i>buprenorphine hcl</i> .....	46	Charlotte 24 Fe.....	52
BD SAFETYGLIDE NEEDLE.....	88	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> .....	47	Chateal Eq.....	52
BD SAFETYGLIDE SHIELDED NEEDLE.....	88	<i>bupropion hcl</i> .....	59	CHEMET.....	64
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE.....	88	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> .....	40	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	13
<i>benazepril hcl</i> .....	70	<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	59	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	36
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ....	70	<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	59	<i>chloroquine phosphate</i> .....	76
<i>benznidazole</i> .....	66	<i>buspirone hcl</i> .....	13	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	19
<i>benzonatate</i> .....	94	<i>butalbital-acetaminophen</i> .....	45	<i>chlorthalidone</i> .....	91
<i>benzoyl peroxide</i> .....	27	<i>butalbital-apap-caff-cod</i> .....	47	<i>chlorzoxazone</i> .....	38
<i>benzoyl peroxide wash</i> .....	27	<i>butalbital-apap-caffeine</i> .....	45	<i>cholestyramine</i> .....	67
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> ....	24	<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> .....	47	<i>cholestyramine light</i> .....	67
<i>benztropine mesylate</i> .....	77	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> .....	45	<i>chorionic gonadotropin</i> .....	28
BERINERT.....	31	<i>butorphanol tartrate</i> .....	47	Ciclodan.....	22
BESIVANCE.....	34	<i>cabergoline</i> .....	28	<i>ciclopirox</i> .....	22
<i>betaine</i> .....	29	<i>calcipotriene</i> .....	23	<i>ciclopirox olamine</i> .....	22
<i>betamethasone dipropionate</i> .....	24	<i>calcipotriene-betameth diprop</i> ....	24	<i>cilostazol</i> .....	32
<i>betamethasone dipropionate aug</i> ....	24	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	28	<i>cimetidine</i> .....	95
<i>betamethasone valerate</i> .....	24	Calcitrene.....	23	<i>cimetidine hcl</i> .....	95
<i>betaxolol hcl</i> .....	34, 82	<i>calcitriol</i> .....	29	<i>cinacalcet hcl</i> .....	28
<i>bethanechol chloride</i> .....	65	<i>calcium acetate</i> .....	30	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	34, 36, 92
<i>bexarotene</i> .....	73	<i>calcium acetate (phos binder)</i> .....	30	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	36
BEXSERO.....	105	Camila.....	51	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	59
<i>bicalutamide</i> .....	73	Camrese.....	49	CITRANATAL B-CALM.....	97
BIJUVA.....	91	Camrese Lo.....	49	Claravis.....	27
BIKTARVY.....	81	<i>candesartan cilexetil</i> .....	67	<i>clarithromycin</i> .....	94
<i>bimatoprost</i> .....	27, 35	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....	69	<i>clarithromycin er</i> .....	94
<i>bisacodyl ec</i> .....	93	<i>capecitabine</i> .....	73	<i>clemastine fumarate</i> .....	71
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	82	CAPRELSA.....	74	Clindacin.....	21
		<i>carbamazepine</i> .....	56	Clindacin Etz.....	21
		<i>carbamazepine er</i> .....	56	Clindacin-P.....	21
		<i>carbidopa</i> .....	78	<i>clindamycin hcl</i> .....	17
		<i>carbidopa-levodopa</i> .....	77	<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	17
		<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	77	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> ....	24
		<i>carbinoxamine maleate</i> .....	71	<i>clindamycin phosphate</i> .....	21, 100
		<i>carglumic acid</i> .....	29	Clinpro 5000.....	37
		<i>carisoprodol</i> .....	38	<i>clobazam</i> .....	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

<i>clobetasol prop emollient base</i> ....	24	<i>cyclophosphamide</i> .....	76	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	100
<i>clobetasol propionate</i> .....	24, 25	<i>cycloserine</i> .....	17	DILANTIN.....	57
<i>clobetasol propionate e</i> .....	24	<i>cyclosporine</i> .....	35, 86	<i>diltiazem hcl</i> .....	84
<i>clobetasol propionate emulsion</i> ...	24	<i>cyclosporine modified</i> .....	86	<i>diltiazem hcl er</i> .....	83, 84
<i>clocortolone pivalate</i> .....	25	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	71	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	83
Clodan.....	25	Cyred Eq.....	53	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	83
CLOMID.....	28	<i>danazol</i> .....	47	<i>dilt-xr</i> .....	84
<i>clomipramine hcl</i> .....	58	<i>dantrolene sodium</i> .....	38	<i>dimethyl fumarate</i> .....	39
<i>clonazepam</i> .....	56	<i>dapagliflozin pro-metformin er</i> ....	61	<i>dimethyl fumarate starter pack</i> ....	39
<i>clonidine</i> .....	68	<i>dapagliflozin propanediol</i> .....	62	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	71
<i>clonidine hcl</i> .....	68	<i>dapsone</i> .....	17, 21	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	27
<i>clonidine hcl er</i> .....	101	DAPTACEL.....	104	<i>dipyridamole</i> .....	31
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	31	<i>darunavir</i> .....	80	<i>disopyramide phosphate</i> .....	48
<i>clotrimazole</i> .....	22, 36	<i>dasatinib</i> .....	72	<i>disulfiram</i> .....	40
<i>clotrimazole anti-fungal</i> .....	22	Dasetta 1/35.....	53	<i>divalproex sodium</i> .....	56
<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	22	Dasetta 7/7/7.....	51	<i>divalproex sodium er</i> .....	56
<i>clozapine</i> .....	19	Daysee.....	50	Dodex.....	32
<i>c-nate dha</i> .....	97	Deblitane.....	51	<i>dofetilide</i> .....	48
COARTEM.....	77	Delyla.....	53	Dolishale.....	49
<i>codeine sulfate</i> .....	46	<i>demeclocycline hcl</i> .....	104	<i>donepezil hcl</i> .....	40
<i>colchicine</i> .....	38	Denta 5000 Plus.....	37	<i>dorzolamide hcl</i> .....	35
<i>colchicine-probenecid</i> .....	38	<i>denta 5000 plus sensitive</i> .....	37	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....	34
<i>colesevelam hcl</i> .....	67	Dentagel.....	37	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i> ....	34
<i>colestipol hcl</i> .....	67	Depo-Testosterone.....	47	Dotti.....	92
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	74	DESCOVY.....	81	DOVATO.....	81
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	74	<i>desipramine hcl</i> .....	58	<i>doxazosin mesylate</i> .....	68
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	74	<i>desloratadine</i> .....	71	<i>doxepin hcl</i> .....	58, 92
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	88	<i>desmopressin ace spray refrig</i> ....	29	<i>doxycycline</i> .....	21
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	88	<i>desmopressin acetate</i> .....	29	<i>doxycycline hyclate</i> .....	104
COMIRNATY.....	106	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	29	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	104
<i>complete natal dha</i> .....	97	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	49, 53	<i>dronabinol</i> .....	65
<i>completenate</i> .....	97	<i>desonide</i> .....	25	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> ....	53
CO-NATAL FA.....	97	<i>desoximetasone</i> .....	25	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ....	53
CONCEPT DHA.....	97	<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	60	DROXIA.....	32
CONCEPT OB.....	97	<i>dexamethasone</i> .....	87	DULERA.....	15
<i>constulose</i> .....	93	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	35	<i>duloxetine hcl</i> .....	60
COSENTYX.....	23	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	102, 103	DUPIXENT.....	26
COSENTYX (300 MG DOSE).....	23	<i>dexmethylphenidate hcl er</i> .....	102	<i>dutasteride</i> .....	31
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	23	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	101, 102	E.E.S. 400.....	94
COSENTYX SENSOREADY PEN...23		<i>dextroamphetamine sulfate er</i> ....	101	<i>ec-naproxen</i> .....	42
COSENTYX UNOREADY.....	23	<i>diazepam</i> .....	13, 56	<i>econazole nitrate</i> .....	22
<i>cromolyn sodium</i> .....	14, 34	Diazepam Intensol.....	13	ECONTRA ONE-STEP.....	50
Cryselle-28.....	52	<i>diclofenac potassium</i> .....	42	EDURANT.....	80
CURAE.....	50	<i>diclofenac sodium</i> .....	33, 42	<i>efavirenz</i> .....	80
Curity Sterile Saline.....	31	<i>diclofenac sodium er</i> .....	42	Elinest.....	53
<i>cyanocobalamin</i> .....	32	<i>dicloxacillin sodium</i> .....	98	ELIQUIS.....	49
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	38	<i>dicyclomine hcl</i> .....	95	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	49
<i>cyclopentolate hcl</i> .....	35	<i>diethylpropion hcl er</i> .....	102	ELITE-OB.....	97
		<i>diflunisal</i> .....	46	Elixophyllin.....	16
		Digox.....	85	ELLA.....	50
		<i>digoxin</i> .....	85	ELMIRON.....	30
				Eluryng.....	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

EMBRACE PEN NEEDLES.....	88	<i>ethosuximide</i> .....	58	<i>fluorometholone</i> .....	35
EMCYT.....	75	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	53	<i>fluorouracil</i> .....	22
EMGALITY.....	100	<i>etodolac</i> .....	42	<i>fluoxetine hcl</i> .....	59
EMGALITY (300 MG DOSE).....	100	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	56	<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i> .....	38
<i>emtricitabine</i> .....	80	<i>etoposide</i> .....	76	<i>fluphenazine hcl</i> .....	19
<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	81	<i>etravirine</i> .....	80	<i>flurandrenolide</i> .....	25
EMTRIVA.....	80	<i>euthyrox</i> .....	41	<i>flurbiprofen</i> .....	42
Emzahn.....	51	<i>everolimus</i> .....	73	<i>fluticasone propionate</i> .....	25
<i>enalapril maleate</i> .....	70	<i>exemestane</i> .....	75	<i>fluticasone propionate diskus</i> .....	15
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	70	<i>ezetimibe</i> .....	66	<i>fluticasone propionate hfa</i> .....	15, 16
ENBREL.....	43	Falmina.....	53	<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	15
ENBREL MINI.....	43	<i>famciclovir</i> .....	78	<i>fluvastatin sodium</i> .....	66
ENBREL SURECLICK.....	43	<i>famotidine</i> .....	95	<i>fluvastatin sodium er</i> .....	66
Endocet.....	47	FARXIGA.....	62	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	59
ENGERIX-B.....	106	FC2 FEMALE CONDOM.....	90	FLUZONE.....	107
Enilloring.....	56	<i>felbamate</i> .....	57	FLUZONE HIGH-DOSE.....	107
<i>enoxaparin sodium</i> .....	49	<i>felodipine er</i> .....	84	FLUZONE HIGH-DOSE	
Enpresse-28.....	51	FEMCAP.....	89	QUADRIVALENT.....	107
Enskyce.....	53	<i>fenofibrate</i> .....	66	FLUZONE QUADRIVALENT.....	107
<i>entacapone</i> .....	78	<i>fenofibrate micronized</i> .....	66	<i>folic acid</i> .....	32
<i>entecavir</i> .....	78	<i>fenofibric acid</i> .....	66	FOLIVANE-OB.....	97
<i>enulose</i> .....	29	<i>fentanyl</i> .....	46	<i>fondaparinux sodium</i> .....	48
EPCLUSA.....	79	<i>fesoterodine fumarate er</i> .....	65	FOSAMAX PLUS D.....	28
<i>epinastine hcl</i> .....	34	FIBERSOURCE HN.....	99	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	80
<i>epinephrine</i> .....	109	<i>finasteride</i> .....	27, 31	<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	16
Epitol.....	56	<i> fingolimod hcl</i> .....	40	<i>fosinopril sodium</i> .....	70
<i>eplerenone</i> .....	68	Finzala.....	53	<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	70
ERBITUX.....	72	<i>flecainide acetate</i> .....	48	<i>furosemide</i> .....	91
<i>ergocalciferol</i> .....	109	FLUAD.....	106	FUZEON.....	79
<i>ergoloid mesylates</i> .....	39	FLUAD QUADRIVALENT.....	106	Fyavolv.....	92
<i>ergotamine-caffeine</i> .....	100	FLUARIX.....	106	<i>gabapentin</i> .....	56, 57
ERIVEDGE.....	74	FLUARIX QUADRIVALENT.....	106	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	40
<i>erlotinib hcl</i> .....	73	FLUBLOK.....	107	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	40
Errin.....	51	FLUBLOK QUADRIVALENT.....	107	Gallifrey.....	101
<i>ertapenem sodium</i> .....	17	FLUCELVAX.....	107	GARDASIL 9.....	107
<i>ery</i> .....	21	FLUCELVAX QUADRIVALENT.....	107	<i>gatifloxacin</i> .....	34
Ery-Tab.....	94	<i>fluconazole</i> .....	72	GAVILYTE-C.....	93
ERYTHROCIN STEARATE.....	94	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	87	Gavilyte-G.....	93
<i>erythromycin</i> .....	21, 34, 94	FLULAVAL.....	107	Gavilyte-N With Flavor Pack.....	93
<i>erythromycin base</i> .....	94	FLULAVAL QUADRIVALENT.....	107	<i>gemfibrozil</i> .....	66
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	94	FLUMIST.....	107	Gemmily.....	53
<i>escitalopram oxalate</i> .....	59	FLUMIST QUADRIVALENT.....	107	<i>generlac</i> .....	29
Esgic.....	45	<i>flunisolide</i> .....	33	Gengraf.....	86
<i>esomeprazole magnesium</i> .....	95	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	25, 36	<i>gentamicin in saline</i> .....	41
Estarylla.....	53	<i>fluocinolone acetonide body</i> .....	25	<i>gentamicin sulfate</i> .....	22, 34, 41
<i>estradiol</i> .....	92, 100	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .....	25	GENVOYA.....	81
<i>estradiol valerate</i> .....	92	<i>fluocinonide</i> .....	25	GILOTRIF.....	73
<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	91	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	25	GLEOSTINE.....	76
ESTRING.....	100	Fluoridex.....	37	<i>glimepiride</i> .....	64
<i>eszopiclone</i> .....	92	Fluoridex Enhanced Whitening.....	37	<i>glipizide</i> .....	64
<i>ethacrynic acid</i> .....	91	FLUORIDEX SENSITIVITY		<i>glipizide er</i> .....	64
<i>ethambutol hcl</i> .....	17	RELIEF.....	37	<i>glipizide xl</i> .....	64

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	61	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	47	INTELENCE.....	80
GLUCAGEN DIAGNOSTIC.....	99	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	47	Introvale.....	50
GLUCAGEN HYPOKIT.....	63	<i>hydrocortisone</i> .....	13, 26, 87	IPOL.....	108
<i>glucagon emergency</i> .....	63	<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	13	<i>ipratropium bromide</i> .....	15, 33
<i>glucagon hcl (diagnostic)</i> .....	99	<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i> ....	13	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	15
<i>glucose</i> .....	63	<i>hydrocortisone butyr lipo base</i> ....	25	<i>irbesartan</i> .....	67
<i>glyburide</i> .....	64	<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	25, 26	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ....	69
<i>glyburide-metformin</i> .....	61	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	26	ISENTRESS.....	79
<i>glycopyrrolate</i> .....	95	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	36	Isibloom.....	53
<i>griseofulvin microsize</i> .....	71	<i>hydromet</i> .....	94	<i>isoniazid</i> .....	17
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	71	<i>hydromorphone hcl</i> .....	46	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	14
<i>guanfacine hcl</i> .....	68	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	76	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	14
<i>guanfacine hcl er</i> .....	101	<i>hydroxyurea</i> .....	75	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	14
Hailey 1.5/30.....	53	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	13	<i>itraconazole</i> .....	72
Hailey 24 Fe.....	53	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	13	<i>ivermectin</i> .....	66
Hailey Fe 1.5/30.....	53	HYQVIA.....	21	IXIARO.....	108
Hailey Fe 1/20.....	53	HYRIMOZ.....	44	Jaimiess.....	50
<i>halcinonide</i> .....	25	HYRIMOZ-CROHNS/UC		JAKAFI.....	75
<i>halobetasol propionate</i> .....	25	STARTER.....	44	Jantoven.....	48
Haloette.....	56	HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UEIT		JANUMET.....	61
HALOG.....	25	START.....	44	JANUMET XR.....	61
<i>haloperidol</i> .....	18	HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS		JANUVIA.....	62
HAVRIX.....	107	START.....	44	JARDIANCE.....	62
Heather.....	51	<i>ibandronate sodium</i> .....	28	<i>jasmiel</i> .....	53
HEPLISAV-B.....	107	IBRANCE.....	76	Javygtor.....	29
HER STYLE.....	50	lbu.....	42	Jencycla.....	51
HIBERIX.....	105	<i>ibuprofen</i> .....	42	Jinteli.....	92
HUMALOG.....	62	Iclevia.....	50	Jolessa.....	50
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	62	ICLUSIG.....	72	Joyeaux.....	53
HUMALOG KWIKPEN.....	62	<i>imatinib mesylate</i> .....	72	Juleber.....	53
HUMALOG MIX 50/50.....	62	IMBRUVICA.....	72	Junel 1.5/30.....	53
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN....	62	<i>imipramine hcl</i> .....	58	Junel 1/20.....	53
HUMALOG MIX 75/25.....	62	<i>imiquimod</i> .....	27	Junel Fe 1.5/30.....	53
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....	62	IMOVAX RABIES.....	108	Junel Fe 1/20.....	53
HUMIRA (2 PEN).....	44	IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	101	Junel Fe 24.....	53
HUMIRA (2 SYRINGE).....	44	IMVEXXY STARTER PACK.....	101	Kaitlib Fe.....	53
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	44	INATAL GT.....	97	Kalliga.....	53
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT		Incassia.....	51	Kariva.....	49
STARTER.....	44	<i>indapamide</i> .....	91	KATE FARMS STANDARD 1.0.....	99
HUMULIN 70/30.....	62	<i>indomethacin</i> .....	42	Kelnor 1/35.....	53
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	62	<i>indomethacin er</i> .....	42	Kelnor 1/50.....	53
HUMULIN N.....	62	INFANRIX.....	104	<i>ketoconazole</i> .....	22, 72
HUMULIN N KWIKPEN.....	62	INLYTA.....	76	Ketodan.....	22
HUMULIN R.....	62	<i>insulin degludec</i> .....	63	<i>ketorolac tromethamine</i> .....	33, 42
HUMULIN R U-500		<i>insulin degludec flextouch</i> .....	63	KINRIX.....	104
(CONCENTRATED).....	63	<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	63	Kionex.....	86
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	<i>insulin lispro</i> .....	63	Klor-Con.....	96
HYCANTIN.....	76	<i>insulin lispro (1 unit dial)</i> .....	63	Klor-Con 10.....	96
<i>hydralazine hcl</i> .....	71	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .....	63	Klor-Con M10.....	96
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	91	<i>insulin lispro prot &amp; lispro</i> .....	63	Klor-Con M15.....	96
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i> ....	94	<i>insulin syringe</i> .....	88	Klor-Con M20.....	96
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i> ... 94		<i>insulin syringe-needle u-100</i> .....	88	KLOXXADO.....	64

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



Kourzeq.....	36	<i>lidocaine viscous hcl</i> .....	36	<i>meloxicam</i> .....	42
Kurvelo.....	53	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	24	<i>melfalan</i> .....	76
<i>labetalol hcl</i> .....	82	<i>linezolid</i> .....	17	<i>memantine hcl</i> .....	40
<i>lacosamide</i> .....	57	LINZESS.....	30	MENQUADFI.....	105
<i>lactulose</i> .....	93	<i>liothyronine sodium</i> .....	41	MENVEO.....	105
<i>lactulose encephalopathy</i> .....	30	<i>liraglutide</i> .....	60	<i>meperidine hcl</i> .....	46
LAGEVRIO.....	78	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i> .....	102	<i>mercaptopurine</i> .....	73
<i>lamivudine</i> .....	80	<i>lisinopril</i> .....	70	Merzee.....	54
<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	81	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	70	<i>mesalamine er</i> .....	30
<i>lamotrigine</i> .....	57	<i>lithium</i> .....	18	<i>metformin hcl</i> .....	61
<i>lancet device</i> .....	90	<i>lithium carbonate</i> .....	18	<i>metformin hcl er</i> .....	61
<i>lancets</i> .....	90	<i>lithium carbonate er</i> .....	18	<i>methadone hcl</i> .....	46
LANCETS SUPER THIN.....	90	LO LOESTRIN FE.....	49	Methadone Hcl Intenso.....	46
LANOXIN.....	85	Loestrin 1.5/30 (21).....	54	Methadose.....	46
<i>lansoprazole</i> .....	95	Loestrin 1/20 (21).....	54	<i>methazolamide</i> .....	91
LANTUS.....	63	Loestrin Fe 1.5/30.....	54	<i>methenamine hippurate</i> .....	16
LANTUS SOLOSTAR.....	63	Loestrin Fe 1/20.....	54	<i>methenamine mandelate</i> .....	16
<i>lapatinib ditosylate</i> .....	74	Lojaimiess.....	50	Methergine.....	98
Larin 1.5/30.....	53	<i>loperamide hcl</i> .....	27	<i>methimazole</i> .....	41
Larin 1/20.....	53	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	81	<i>methitest</i> .....	47
Larin 24 Fe.....	53	<i>lorazepam</i> .....	13	<i>methocarbamol</i> .....	38
Larin Fe 1.5/30.....	53	Loryna.....	54	<i>methotrexate sodium</i> .....	73
Larin Fe 1/20.....	54	<i>losartan potassium</i> .....	67, 68	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	73
<i>latanoprost</i> .....	36	<i>losartan potassium-hctz</i> .....	69	<i>methoxsalen rapid</i> .....	23
Layolis Fe.....	54	LOTEMAX.....	35	<i>methscopolamine bromide</i> .....	95
Leena.....	51	<i>loteprednol etabonate</i> .....	35	<i>methyldopa</i> .....	68
<i>lenalidomide</i> .....	87	<i>lovastatin</i> .....	66	<i>methylergonovine maleate</i> .....	98
Lessina.....	54	Low-Ogestrel.....	54	<i>methylphenidate hcl</i> .....	103
<i>letrozole</i> .....	75	<i>loxapine succinate</i> .....	19	<i>methylphenidate hcl er</i> .....	103
<i>leucovorin calcium</i> .....	73	Lo-Zumandimine.....	54	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i> .....	103
LEUKERAN.....	76	<i>lubiprostone</i> .....	30	<i>methylphenidate hcl er (la)</i> .....	103
<i>leuprolide acetate</i> .....	73	LUMIGAN.....	36	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i> .....	103
<i>levabuterol hcl</i> .....	14	Lutera.....	54	<i>methylprednisolone</i> .....	87
<i>levabuterol tartrate</i> .....	14	Lyleq.....	51	<i>metoclopramide hcl</i> .....	30
<i>levetiracetam</i> .....	57	Lyllana.....	92	<i>metolazone</i> .....	91
<i>levetiracetam er</i> .....	57	LYNPARZA.....	76	<i>metoprolol succinate er</i> .....	82
<i>levobunolol hcl</i> .....	34	LYSODREN.....	73	<i>metoprolol tartrate</i> .....	82
<i>levocarnitine</i> .....	29	Lyza.....	51	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	69
<i>levocarnitine sf</i> .....	29	<i>magnesium citrate</i> .....	93	<i>metronidazole</i> .....	16, 21, 100
<i>levofloxacin</i> .....	34, 92	<i>malathion</i> .....	26	<i>mexiletine hcl</i> .....	48
Levonest.....	51	<i>maraviroc</i> .....	79	Mibelas 24 Fe.....	54
<i>levonorgest-eth est &amp; eth est</i> .....	50	<i>marlissa</i> .....	54	Microgestin 1.5/30.....	54
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> .....	50	MATULANE.....	75	Microgestin 1/20.....	54
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i> .....	54	Matzim La.....	84	Microgestin 24 Fe.....	54
<i>levonorgestrel</i> .....	50	<i>meclizine hcl</i> .....	65	Microgestin Fe 1.5/30.....	54
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	49, 54	<i>meclofenamate sodium</i> .....	42	Microgestin Fe 1/20.....	54
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	51	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	50, 101	<i>midodrine hcl</i> .....	109
Levora 0.15/30 (28).....	54	<i>mefenamic acid</i> .....	42	MIGERGOT.....	100
Levo-T.....	41	<i>mefloquine hcl</i> .....	76	Mili.....	54
<i>levothyroxine sodium</i> .....	41	<i>megestrol acetate</i> .....	76	Mimvey.....	92
Levoxyl.....	41	MEKINIST.....	74	<i>minocycline hcl</i> .....	104
<i>lidocaine</i> .....	21			<i>minocycline hcl er</i> .....	104

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

<i>minoxidil</i> .....	71	NEW DAY.....	50	Nyamyc.....	22
<i>mirtazapine</i> .....	58, 59	NEXTSTELLIS.....	54	Nylia 1/35.....	55
<i>misoprostol</i> .....	96	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .....	66	Nylia 7/7/7.....	51
M-M-R II.....	105	<i>nicotine</i> .....	41	Nymyo.....	55
<i>m-natal plus</i> .....	97	<i>nicotine mini</i> .....	40	<i>nystatin</i> .....	22, 36, 71
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y.....	108	<i>nicotine polacrilex</i> .....	40, 41	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	22
<i>mometasone furoate</i> .....	26	<i>nicotine polacrilex mini</i> .....	40	Nystop.....	23
Mono-Linyah.....	54	NICOTROL.....	41	Ocella.....	55
<i>montelukast sodium</i> .....	14	NICOTROL NS.....	41	OFEV.....	41
<i>morphine sulfate</i> .....	46	<i>nifedipine</i> .....	84	<i>ofloxacin</i> .....	34, 36, 92
<i>morphine sulfate (concentrate)</i> ....	46	<i>nifedipine er</i> .....	84	<i>olanzapine</i> .....	18
<i>morphine sulfate er</i> .....	46	<i>nifedipine er osmotic release</i> .....	84	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	68
MOTOFEN.....	27	Nikki.....	54	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	69
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	34, 92	<i>nilutamide</i> .....	73	<i>olopatadine hcl</i> .....	33
<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i> .....	34	<i>nisoldipine er</i> .....	84	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> .....	66
<i>multivitamin w/fluoride</i> .....	96	<i>nitazoxanide</i> .....	17	<i>omeprazole</i> .....	95
<i>multivitamin/fluoride</i> .....	96	<i>nitisinone</i> .....	29	OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	89
<i>multi-vitamin/fluoride</i> .....	96	NITRO-BID.....	14	OMNITROPE.....	28
<i>mupirocin</i> .....	22	<i>nitrofurantoin</i> .....	16	<i>ondansetron</i> .....	65
MY CHOICE.....	50	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	16	<i>ondansetron hcl</i> .....	65
MY WAY.....	50	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> ....	16	<i>one vite womens plus</i> .....	97
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	87	<i>nitroglycerin</i> .....	14	ONETOUCH ULTRA.....	90, 99
<i>mycophenolate sodium</i> .....	87	NIVA-PLUS.....	97	ONETOUCH ULTRA 2.....	90
<i>mycophenolic acid</i> .....	87	Nora-Be.....	51	ONETOUCH ULTRA BLUE TEST...	99
MYLERAN.....	73	<i>norelgestromin-eth estradiol</i> .....	55	ONETOUCH ULTRA CONTROL....	90
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i> .....	93	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	54	ONETOUCH ULTRA TEST.....	99
<i>nabumetone</i> .....	42	<i>norethindrone</i> .....	51	ONETOUCH VERIO.....	91, 99
<i>nadolol</i> .....	82	<i>norethindrone acetate</i> .....	101	ONETOUCH VERIO FLEX	
<i>naloxone hcl</i> .....	64	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> ....	54	SYSTEM.....	90
<i>naltrexone hcl</i> .....	64	<i>norethindrone-eth estradiol</i> .....	92	OPCICON ONE-STEP.....	50
<i>naproxen</i> .....	42	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> ....	51	OPILL.....	51
<i>naproxen dr</i> .....	42	<i>norethin-eth estradiol-fe</i> .....	54	OPTION 2.....	50
<i>naproxen sodium</i> .....	42	<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	54	Oralone.....	37
<i>naratriptan hcl</i> .....	99	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> ....	51	ORENCIA.....	45
NATALVIT.....	97	Norlyda.....	51	ORENCIA CLICKJECT.....	45
NATAZIA.....	50	Norlyroc.....	51	<i>orphenadrine citrate er</i> .....	38
<i>nateglinide</i> .....	61	Nortrel 0.5/35 (28).....	54	Orsythia.....	55
<i>nebivolol hcl</i> .....	82	Nortrel 1/35 (21).....	54	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	81
Nebusal.....	95	Nortrel 1/35 (28).....	55	OTEZLA.....	45
Necon 0.5/35 (28).....	54	Nortrel 7/7/7.....	51	<i>oxazepam</i> .....	14
<i>nefazodone hcl</i> .....	59	<i>nortriptyline hcl</i> .....	58	<i>oxcarbazepine</i> .....	57
<i>neomycin sulfate</i> .....	41	<i>novavax covid-19 vaccine</i> .....	108	<i>oxybutynin chloride</i> .....	65
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> ..	34	NOVOFINE AUTOCOVER PEN.....		<i>oxybutynin chloride er</i> .....	65
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> ...	35	NEEDLE.....	88	<i>oxycodone hcl</i> .....	46
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..	34	NOVOFINE PEN NEEDLE.....	88	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	47
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	35, 36	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE...	88	<i>oxymorphone hcl</i> .....	46
Neo-Polycin.....	34	NOVOLIN N FLEXPEN.....	63	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
Neo-Polycin Hc.....	35	NOVOLIN N FLEXPEN RELION....	63	MG/DOSE).....	60
NEULASTA.....	32	NOVOLIN R FLEXPEN.....	63	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	60
NEULASTA ONPRO.....	32	NOVOLIN R FLEXPEN RELION....	63	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	60
<i>nevirapine</i> .....	80	NP THYROID.....	41	Pacerone.....	48
		NURTEC.....	99	<i>palonosetron hcl</i> .....	65

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

<i>pantoprazole sodium</i> .....	96	PLEGRIDY.....	39	PROMACTA.....	32
PARI BABY NEBULIZER SET.....	90	PLEGRIDY STARTER PACK.....	39	<i>promethazine hcl</i> .....	71
<i>paricalcitol</i> .....	29	PLENVU.....	93	<i>promethazine vc</i> .....	95
<i>paroxetine hcl</i> .....	59	PNEUMOVAX 23.....	105, 106	<i>promethazine vclcodeine</i> .....	94
<i>paroxetine hcl er</i> .....	59	<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i> .....	97	<i>promethazine-codeine</i> .....	94
PAXLOVID (150/100).....	78	<i>pnv-dha</i> .....	97	<i>promethazine-dm</i> .....	94
PAXLOVID (300/100).....	78	<i>pnv-select</i> .....	97	Promethegan.....	71
<i>pazopanib hcl</i> .....	74	<i>podofilox</i> .....	21	PROMETHEGAN.....	71
PEDIARIX.....	104	Polycin.....	34	<i>propafenone hcl</i> .....	48
PEDVAX HIB.....	105	<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	93	<i>propafenone hcl er</i> .....	48
<i>peg 3350</i> .....	93	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	17	<i>proparacaine hcl</i> .....	33
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....	93	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	35	<i>propranolol hcl</i> .....	82
<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	93	POMALYST.....	75	<i>propranolol hcl er</i> .....	82
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat</i> ....	93	Portia-28.....	55	<i>propylthiouracil</i> .....	41
PEGASYS.....	79	<i>potassium chloride crys er</i> .....	96	PROQUAD.....	105
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i> .....	93	<i>potassium chloride er</i> .....	96	<i>protriptyline hcl</i> .....	58
<i>pen needles</i> .....	88	<i>potassium citrate er</i> .....	31	PROVIDA OB.....	97
<i>pen needles 5/16"</i> .....	88	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	77	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i> .....	94
PENBRAYA.....	105	<i>prasugrel hcl</i> .....	31	PULMICORT FLEXHALER.....	16
<i>penicillamine</i> .....	86	<i>pravastatin sodium</i> .....	66	Pulmosal.....	95
<i>penicillin v potassium</i> .....	98	<i>praziquantel</i> .....	66	PULMOZYME.....	41
PENTACEL.....	105	<i>prazosin hcl</i> .....	68	<i>pyrazinamide</i> .....	17
PENTIPS.....	89	<i>prednisolone</i> .....	87	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	17
PENTIPS GENERIC PEN		<i>prednisolone acetate</i> .....	35	QUADRACEL.....	105
NEEDLES.....	89	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	87	<i>quetiapine fumarate</i> .....	19
<i>pentoxifylline er</i> .....	31	<i>prednisone</i> .....	87	<i>quetiapine fumarate er</i> .....	19
Periogard.....	36	<i>pregabalin</i> .....	57	<i>quinapril hcl</i> .....	70
<i>permethrin</i> .....	26	PREHEVBRIO.....	108	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	70
<i>perphenazine</i> .....	19	PREMARIN.....	92, 101	<i>quinidine sulfate</i> .....	48
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-		PREMPHASE.....	92	<i>quinine sulfate</i> .....	77
11Y.....	108	PREMPRO.....	92	RABAVERT.....	108
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y</i> .....	108	<i>prena 1 true</i> .....	97	<i>rabeprazole sodium</i> .....	96
<i>phendimetrazine tartrate</i> .....	102	<i>prenatal</i> .....	97	<i>raloxifene hcl</i> .....	28
<i>phenelzine sulfate</i> .....	59	<i>prenatal 19</i> .....	97	<i>ramipril</i> .....	70
<i>phenobarbital</i> .....	92	<i>prenatal plus</i> .....	97	<i>ranolazine er</i> .....	14
<i>phenoxybenzamine hcl</i> .....	67	<i>prenatal plus vitaminlmineral</i> .....	97	<i>rasagiline mesylate</i> .....	77
<i>phentermine hcl</i> .....	102	PRENATAL-U.....	97	REACT.....	50
Phenylek.....	57	Prevalite.....	67	REBIF.....	39
<i>phenytoin</i> .....	57	PREVNAR 13.....	106	REBIF REBIDOSE.....	39
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	57	PREVNAR 20.....	106	REBIF REBIDOSE TITRATION	
PHEXXI.....	100	PREZISTA.....	80	PACK.....	39
Philith.....	55	PRIFTIN.....	17	REBIF TITRATION PACK.....	39
Phospha 250 Neutral.....	96	<i>primaquine phosphate</i> .....	77	Reclipsen.....	55
PHOSPHOLINE IODIDE.....	35	<i>primidone</i> .....	57	RECOMBIVAX HB.....	108
<i>phosphorous</i> .....	96	<i>probenecid</i> .....	38	RELENZA DISKHALER.....	81
<i>pilocarpine hcl</i> .....	35, 37	Procentra.....	102	RELION INSULIN SYRINGE.....	89
<i>pimecrolimus</i> .....	27	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	19	RELION MINI PEN NEEDLES.....	89
<i>pimozide</i> .....	40	Proctocort.....	13	RELION PEN NEEDLES.....	89
Pimtree.....	49	Procto-Med Hc.....	13	RELION SHORT PEN NEEDLES....	89
<i>pioglitazone hcl</i> .....	64	Proctosol Hc.....	13	<i>repaglinide</i> .....	61
Pirmella 7/7/7.....	51	Proctozone-Hc.....	13	REPATHA.....	67
<i>piroxicam</i> .....	42	<i>progesterone</i> .....	101		

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

REPATHA PUSHTRONEX		<i>sodium chloride</i> .....	31, 95	Tarina 24 Fe.....	55
SYSTEM.....	67	<i>sodium fluoride</i> .....	37, 96	Tarina Fe 1/20 Eq.....	55
REPATHA SURECLICK.....	67	<i>sodium fluoride 5000 enamel</i> .....	37	TARON-C DHA.....	97
REVLIMID.....	87	<i>sodium fluoride 5000 plus</i> .....	37	TASIGNA.....	72
REXTOVY.....	64	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i> .....	37	Taysofy.....	55
<i>ribavirin</i> .....	79	<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i> .....	37	Taztia Xt.....	84
<i>rifabutin</i> .....	17	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	29	TDVAX.....	105
<i>rifampin</i> .....	17	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	86	<i>techlite insulin syringe</i> .....	89
<i>riluzole</i> .....	33	<i>solifenacin succinate</i> .....	65	TECHLITE PEN NEEDLES.....	89
<i>rimantadine hcl</i> .....	79	<i>sorafenib tosylate</i> .....	74	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES...	89
RINVOQ.....	43	<i>sotalol hcl</i> .....	82	<i>telmisartan</i> .....	68
<i>risedronate sodium</i> .....	28	<i>sotalol hcl (af)</i> .....	82	<i>telmisartan-hctz</i> .....	69
<i>risperidone</i> .....	18	SPIKEVAX.....	108	<i>temazepam</i> .....	92
<i>ritonavir</i> .....	80	<i>spinosad</i> .....	26	<i>temozolomide</i> .....	75
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	40	SPIRIVA RESPIMAT.....	15	TENCON.....	45
Rivelsa.....	50	<i>spironolactone</i> .....	91	TENIVAC.....	105
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	99	<i>spironolactone-hctz</i> .....	91	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	80
<i>roflumilast</i> .....	16	Sprintec 28.....	55	<i>terazosin hcl</i> .....	68
<i>ropinirole hcl</i> .....	77	Sps.....	86	<i>terbinafine hcl</i> .....	71
<i>ropinirole hcl er</i> .....	77	Sps (Sodium Polystyrene Sulf).....	86	<i>terconazole</i> .....	100
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	66, 67	SPS (SODIUM POLYSTYRENE		<i>testosterone</i> .....	47, 48
ROTARIX.....	108	SULF).....	86	<i>testosterone cypionate</i> .....	47
ROTATEQ.....	108	Sronyx.....	55	<i>testosterone enanthate</i> .....	47
RYBELSUS.....	60	STELARA.....	23, 30	<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i> .....	105
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	28	STIVARGA.....	74	<i>tetracycline hcl</i> .....	104
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	29	STRIBILD.....	81	THALOMID.....	87
SAVELLA.....	38	<i>sucralfate</i> .....	95	<i>theophylline</i> .....	16
SAVELLA TITRATION PACK.....	38	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	36	<i>theophylline er</i> .....	16
<i>sb polyethylene glycol 3350</i> .....	93	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	21	<i>thioridazine hcl</i> .....	19
<i>scopolamine</i> .....	65	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	35	<i>thiothixene</i> .....	20
<i>selegiline hcl</i> .....	77, 78	<i>sulfadiazine</i> .....	101	<i>thrivite rx</i> .....	97
<i>selenium sulfide</i> .....	27	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ...	16	Tiadyt Er.....	85
<i>se-natal 19</i> .....	97	<i>sulfasalazine</i> .....	30	<i>tiagabine hcl</i> .....	57
SEREVENT DISKUS.....	14	Sulfatrim Pediatric.....	16	Tilia Fe.....	51
<i>sertraline hcl</i> .....	59	<i>sulindac</i> .....	42	<i>timolol maleate</i> .....	34, 82
Setlakin.....	50	<i>sumatriptan succinate</i> .....	99	<i>tinidazole</i> .....	16
<i>sevelamer carbonate</i> .....	30	<i>sumatriptan succinate refill</i> .....	99	<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	15
<i>sf</i> .....	37	<i>sunitinib malate</i> .....	75	TIVICAY.....	79
<i>sf 5000 plus</i> .....	37	<i>sure comfort insulin syringe</i> .....	89	TIVICAY PD.....	79
Sharobel.....	51	<i>sure comfort pen needles</i> .....	89	<i>tizanidine hcl</i> .....	38
SHINGRIX.....	108	Syeda.....	55	<i>tobramycin</i> .....	34, 41
<i>sildenafil citrate</i> .....	20	SYNJARDY.....	61	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	35
<i>silver sulfadiazine</i> .....	27	SYNJARDY XR.....	61	<i>tolterodine tartrate</i> .....	65
SIMLANDI (1 PEN).....	45	TABLOID.....	73	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	65
SIMLANDI (2 PEN).....	45	<i>tacrolimus</i> .....	27, 87	<i>topiramate</i> .....	57
Simliya.....	49	<i>tadalafil</i> .....	20	<i>toremifene citrate</i> .....	73
Simpesse.....	50	<i>tadalafil (pah)</i> .....	20	Torpenz.....	74
SIMPONI.....	45	TAFINLAR.....	74	<i>torsemide</i> .....	91
SIMPONI ARIA.....	45	TAKE ACTION.....	50	Tovet.....	26
<i>simvastatin</i> .....	67	<i>tamoxifen citrate</i> .....	73	<i>tramadol hcl</i> .....	46
<i>sirolimus</i> .....	87	<i>tamsulosin hcl</i> .....	31	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	47
SLYND.....	51	Targadox.....	104	<i>trandolapril</i> .....	70

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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> .....	70	Turqoz.....	55	<i>wesnata dha complete</i> .....	98
<i>tranexamic acid</i> .....	33	TWINRIX.....	105	<i>westab plus</i> .....	98
<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	59	TWIRLA.....	55	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	89
<i>travoprost (bak free)</i> .....	36	TYBLUME.....	55	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	89
<i>trazodone hcl</i> .....	59	Tydemy.....	55	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	89
TREMFYA.....	23	TYPHIM VI.....	106	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	89
<i>treprostinil</i> .....	21	TYSABRI.....	39	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	90
TRESIBA.....	63	UNIFINE PENTIPS.....	89	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	90
TRESIBA FLEXTOUCH.....	63	UNIFINE PENTIPS PLUS.....	89	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	90
<i>tretinoin</i> .....	27, 76	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	89	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	90
Tri Femynor.....	51	Unithroid.....	41	<i>wixela inhub</i> .....	15
<i>triamcinolone acetonide</i> .....	26, 37	<i>valacyclovir hcl</i> .....	78	Wymzya Fe.....	55
<i>triamcinolone in absorbbase</i> .....	26	<i>valganciclovir hcl</i> .....	78	XALKORI.....	72
<i>triamterene</i> .....	91	<i>valproic acid</i> .....	56	XARELTO.....	49
<i>triamterene-hctz</i> .....	91	<i>valsartan</i> .....	68	XARELTO STARTER PACK.....	49
<i>triazolam</i> .....	92	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .....	69	XIGDUO XR.....	61, 62
TRICARE.....	97	<i>vancomycin hcl</i> .....	17	XIIDRA.....	33
Triderm.....	26	VANDAZOLE.....	100	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	81
<i>trientine hcl</i> .....	86	VAQTA.....	108	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	81
Tri-Estarylla.....	51	<i>varenicline tartrate</i> .....	41	XTANDI.....	73
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	20	<i>varenicline tartrate (starter)</i> .....	41	Xulane.....	55
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	77	<i>varenicline tartrate(continue)</i> .....	41	YF-VAX.....	108
Tri-Legest Fe.....	52	VARIVAX.....	108	Yuvaferm.....	101
Tri-Linyah.....	52	<i>vasopressin +rfid</i> .....	29	Zafemy.....	55
Tri-Lo-Estarylla.....	52	VAXNEUVANCE.....	106	<i>zafirlukast</i> .....	14
Tri-Lo-Marzia.....	52	VELIVET.....	52	<i>zaleplon</i> .....	93
Tri-Lo-Mili.....	52	VELMIDY.....	78	ZELBORAF.....	74
Tri-Lo-Sprintec.....	52	<i>venlafaxine hcl</i> .....	60	Zenatane.....	27
<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	65	<i>venlafaxine hcl er</i> .....	60	ZENPEP.....	99
<i>trimethoprim</i> .....	16	VENTAVIS.....	21	Zenzedi.....	102
Tri-Mili.....	52	<i>verapamil hcl</i> .....	85	<i>zidovudine</i> .....	81
<i>trimipramine maleate</i> .....	58	<i>verapamil hcl er</i> .....	85	<i>ziprasidone hcl</i> .....	18
<i>trinatal rx 1</i> .....	98	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	89	ZIRGAN.....	34
TRINATE.....	98	Vestura.....	55	ZOLINZA.....	74
Tri-Nymyo.....	52	Vienna.....	55	<i>zolpidem tartrate</i> .....	93
Tri-Sprintec.....	52	<i>vilazodone hcl</i> .....	59	<i>zolpidem tartrate er</i> .....	93
TRIUMEQ.....	81	VINATE II.....	98	<i>zonisamide</i> .....	57
<i>triumeq pd</i> .....	81	VINATE ONE.....	98	Zovia 1/35 (28).....	55
<i>tri-vitelfluoride</i> .....	96	<i>viorele</i> .....	49	Zumandimine.....	55
Trivora (28).....	52	VIRACEPT.....	80	ZYDELIG.....	75
Tri-Vylibra.....	52	VIREAD.....	80		
<i>tri-vylibra lo</i> .....	52	VITAFOL GUMMIES.....	98		
<i>tropicamide</i> .....	35	VITAFOL STRIPS.....	98		
<i>tropium chloride</i> .....	66	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i> .....	109		
<i>true comfort insulin syringe</i> .....	89	<i>vitamins acd-fluoride</i> .....	96		
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	89	VIVOTIF.....	106		
<i>true comfort pro insulin syr</i> .....	89	Volnea.....	49		
TRUEPLUS GLUCOSE.....	64	Vyfemla.....	55		
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE		Vylibra.....	55		
GO.....	64	VYVANSE.....	102		
TRULICITY.....	60, 61	<i>warfarin sodium</i> .....	48		
TRUMENBA.....	106	Wera.....	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 **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025



**Para obtener información sobre tu beneficio de farmacia,  
inicia sesión en [anthem.com/ca](https://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. 3/19

# Get help in your language

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

You have the right to get this information and help in your language for free. Call the Member Services number on your ID card for help. (TTY/TDD: 711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

## Spanish

Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

## Chinese

您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。(TTY/TDD: 711)

## Vietnamese

Quý vị có quyền nhận miễn phí thông tin này và sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Hãy gọi cho số Dịch Vụ Thành Viên trên thẻ ID của quý vị để được giúp đỡ. (TTY/TDD: 711)

## Korean

귀하에게는 무료로 이 정보를 얻고 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 도움을 얻으려면 귀하의 ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

## Tagalog

May karapatan kayong makuha ang impormasyon at tulong na ito sa ginagamit ninyong wika nang walang bayad. Tumawag sa numero ng Member Services na nasa inyong ID card para sa tulong. (TTY/TDD: 711)

## Russian

Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

## Arabic

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجاناً. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك للمساعدة. (TTY/TDD: 711)

## Armenian

Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար ստանալ այս տեղեկատվությունը և ցանկացած օգնություն: Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված համարով: (TTY/TDD: 711)

## Farsi

شما این حق را دارید که این اطلاعات و کمکها را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک به شماره مرکز خدمات اعضاء که بر روی کارت شناساییتان درج شده است، تماس بگیرید. (TTY/TDD: 711)

## French

Vous avez le droit d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour cela, veuillez appeler le numéro des Services destinés aux membres qui figure sur votre carte d'identification. (TTY/TDD: 711)

#### Japanese

この情報と支援を希望する言語で無料で受けることができます。支援を受けるには、IDカードに記載されているメンバーサービス番号に電話してください。(TTY/TDD: 711)

#### Haitian

Ou gen dwa pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pou gratis. Rele nimewo Manm Sèvis la ki sou kat idantifikasyon ou a pou jwenn èd. (TTY/TDD: 711)

#### Italian

Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed eventuale assistenza nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per assistenza, chiami il numero dedicato ai Servizi per i membri riportato sul suo libretto. (TTY/TDD: 711)

#### Polish

Masz prawo do bezpłatnego otrzymania niniejszych informacji oraz uzyskania pomocy w swoim języku. W tym celu skontaktuj się z Działem Obsługi Klienta pod numerem telefonu podanym na karcie identyfikacyjnej. (TTY/TDD: 711)

#### Punjabi

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

#### Navajo

Bee ná ahoót'í t'áá ni nizaad k'ehjí níká a'doowó t'áá jík'e. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. (TTY/TDD: 711)

#### It's important we treat you fairly

That's why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.