

Lista de medicamentos Seleccionados

Plan de medicamentos de dos niveles

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

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

Anthem Blue Cross of California Medicaid Health Plan

Anthem Blue Cross of California LA Care Partnership Health Plan (Los Angeles County)

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) y elija "Prescription Benefits" (Beneficios de medicamentos recetados). Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.
- Los miembros actuales de Anthem tienen a disposición herramientas y recursos adicionales para ver la lista de medicamentos más actualizada del plan, así como los medicamentos que se agregaron, los genéricos y más, al iniciar sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca).
- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas normas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. ¿Ya eres miembro? Puedes ver tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan si inicias sesión en [anthem.com](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.

Table of Contents

INFORMATIONAL SECTION	5
ADYUVANTES FARMACÉUTICOS	12
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS	20
AGENTES ANSIOLÍTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	22
AGENTES ANTIANGINOSOS - DRUGS FOR THE HEART	24
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES - DRUGS FOR THE LUNGS	25
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS	31
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	36
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	37
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES - DRUGS FOR INFECTIONS	37
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	38
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS - DRUGS FOR THE HEART	44
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - BIOLOGICAL AGENTS	48
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - BIOLOGICAL AGENTS	51
AGENTES DERMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE SKIN	51
AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH	104
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS - HORMONES	105
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS - DRUGS FOR THE STOMACH	116
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	123
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE BLOOD	127
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - DRUGS FOR NUTRITION	134
AGENTES HEMOSTÁTICOS - DRUGS FOR THE BLOOD	143
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - DRUGS FOR THE NOSE	146
AGENTES NEUROMUSCULARES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	150
AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE	153
AGENTES ÓTICOS - DRUGS FOR THE EAR	171
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	173
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	177
AGENTES PARA LA GOTA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	180
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	181
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR THE LUNGS	193
AGENTES TIROIDEOS - HORMONES	195
AMEBICIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS	197
AMINOGLUCÓSIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS	197
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	198
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	207
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	219
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - HORMONES	228
ANESTÉSICOS GENERALES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	230
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	231
ANTIÁCIDOS - DRUGS FOR THE STOMACH	233
ANTIARRÍTMICOS - DRUGS FOR THE HEART	237
ANTICOAGULANTES - DRUGS FOR THE BLOOD	239
ANTICONCEPTIVOS - DRUGS FOR WOMEN	241

ANTICONVULSIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	252
ANTIDEPRESIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	262
ANTIDIABÉTICOS - HORMONES	270
ANTIDIARRÉICOS - DRUGS FOR THE STOMACH	284
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	287
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	288
ANTIEMÉTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH	289
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	293
ANTIHELMÍNTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS	294
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - DRUGS FOR THE HEART	295
ANTIHIPERTENSIVOS - DRUGS FOR THE HEART	300
ANTIHIISTAMÍNICOS - DRUGS FOR THE LUNGS	309
ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS	320
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS - DRUGS FOR CANCER	322
ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR INFECTIONS	346
ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	347
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	351
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS	351
ANTIVIRALES - DRUGS FOR INFECTIONS	352
BETABLOQUEADORES - DRUGS FOR THE HEART	363
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR THE HEART	366
CARDIOTÓNICOS - DRUGS FOR THE HEART	371
CEFALOSPORINAS - DRUGS FOR INFECTIONS	372
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS - VITAMINS AND MINERALS	375
CLASES VARIADAS - VITAMINS AND MINERALS	381
CORTICOESTEROIDES - HORMONES	382
DISPOSITIVOS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	385
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	409
DIURÉTICOS - DRUGS FOR THE HEART	438
ESTRÓGENOS - HORMONES	440
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS - BIOLOGICAL AGENTS	442
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS	448
HIPNÓTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	449
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	452
LAXANTES - DRUGS FOR THE STOMACH	453
MACRÓLIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS	463
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA - DRUGS FOR THE LUNGS	464
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - DRUGS FOR THE STOMACH	472
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR THE STOMACH	479
MEDICINAS ALTERNATIVAS - VITAMINS AND MINERALS	481
MINERALES Y ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION	484
MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION	494
NUTRIENTES - DRUGS FOR NUTRITION	536
OXITÓCICOS - HORMONES	539
PENICILINAS - DRUGS FOR INFECTIONS	539

PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS - BIOLOGICAL AGENTS	541
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO	542
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION ..	550
PRODUCTOS DIGESTIVOS - DRUGS FOR THE STOMACH	552
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	553
PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN	556
PROGESTINAS - HORMONES	560
QUÍMICOS	560
SULFONAMIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS	561
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTILOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	561
TETRACICLINAS - DRUGS FOR INFECTIONS	570
TOXOIDES - BIOLOGICAL AGENTS	572
VACUNAS - BIOLOGICAL AGENTS	573
VASOPRESORES - DRUGS FOR THE HEART	577
VITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION	579

Lista de medicamentos Seleccionados: sección informativa

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos como beneficios?

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

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

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

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

Puedes buscar en la lista de medicamentos del PDF por:

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

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son mis opciones para obtener mis medicamentos recetados?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?

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

¿Qué es un medicamento especializado y cómo lo consigo?

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

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

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

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

¿Qué tipos de medicamentos puedo encontrar en el formulario?

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

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

¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?

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

- Los medicamentos de nivel 1 son los medicamentos preferidos por su plan de salud. Por lo general, son medicamentos **genéricos** que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones. Los medicamentos de nivel 1 generalmente no requieren que su médico nos pida que revisemos la cobertura. Este proceso se llama aprobación previa o autorización previa.
- Los medicamentos del Nivel 2 son los medicamentos no preferidos por su plan de salud. Pueden ser medicamentos de marca, en función de qué tan bien funcionan 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 del Nivel 2 pueden requerir que su médico nos pida que revisemos la cobertura. Este proceso se llama aprobación previa o autorización previa.

¿Cómo sabré el precio de mi medicamento?

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

No tiene copago ni deducible por medicamentos recetados. Cubriremos sus medicamentos si son:

- Ordenado por un doctor.
- Para el cuidado y tratamiento de una lesión o enfermedad.
- Aprobado por nosotros cuando el medicamento no está en la Lista de medicamentos preferidos (PDL).

Cuando surta su receta, no recibirá un suministro de más de 30 días, a menos que sea para anticonceptivos. Anthem incluye un suministro de anticonceptivos de hasta 12 meses. Su médico puede escribirle que puede obtener repuestos. El personal de la farmacia puede llamar a su médico para verificar si puede obtener resurtidos.

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

¿Cómo promueve Anthem la seguridad?

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

Los programas de edición clínica son los siguientes:

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

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

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

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

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

¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

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

Otros datos sobre el proceso de excepción:

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

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

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

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

NOMENCLATURA

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

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

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

AL: restricción de limitación de edad. Estos medicamentos pueden estar cubiertos según la edad del miembro.

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

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

MB: beneficio médico. Estos medicamentos están cubiertos por el beneficio médico de los miembros.

OTC: en el mostrador. Estos medicamentos son de venta libre y pueden estar disponibles con receta médica.

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

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

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

SCO: Estado tallado. El Departamento de Servicios de Salud, a través del programa Medi-Cal FFS, ha asumido la responsabilidad de este medicamento. Las farmacias deben facturar directamente a Medi-Cal Fee-For-Service (FFS). Para preguntas sobre beneficios o servicios, llame al Soporte de Medi-Cal al 1-800-541-5555.

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

Nivel 1: por lo general, son medicamentos ***genéricos*** que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones.

Nivel 2: pueden ser medicamentos de marca preferidos, en función de qué tan bien funcionan 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 del Nivel 2 pueden requerir que su médico nos pida que revisemos la cobertura. Este proceso se llama aprobación previa o autorización previa.

CURRENT AS OF 1/1/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
AGENTES COLORANTES		
<i>food color blue oral liquid</i>	Nivel 2	
CÁPSULAS DE GELATINA (VACÍAS)		
<i>capsule con-snap #0 blulwhite capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 dark blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 green/cr capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 purple capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 red/white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #0 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #00 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #00 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #000 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 aqua blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 blue/pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 blue/wht capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 brown capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 brwn/livry capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 dk grn/or capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 drk green capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 grey/pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 grn/ylw capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 orange capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule con-snap #1 pink capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>capsule coni-snap #1 pink/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 pink/clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 pink/white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 pink/lyllw capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 purple capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 red/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 red/white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 white/grn capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 white/clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 yellow capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 yellow/gr capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #2 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #2 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 blue/clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 brown/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 gray/lylw capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 green/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 grey/pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 maroon/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 mint grn capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 olive/clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 orange capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 pink/pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 pink/clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 red/clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 red/red capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 white/clear capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>capsule coni-snap #3 yellow capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #4 black/grn capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #4 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #4 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule ezeefit #0 clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule ezeefit #00 clear capsule</i>	Nivel 2	
DRCAPS SIZE 00 CAPSULE (<i>gelatin capsules (empty)</i>)	Nivel 2	
DRCAPS SIZE 1 CAPSULE (<i>gelatin capsules (empty)</i>)	Nivel 2	
<i>empty capsule size 0 purpl/wht capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 0 white/opa capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 00 blue opq capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 drk green capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 grey/pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 grn/orng capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 grn/white capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 ivory capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 maroon/cl capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 orgelyllw capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 pink/clr capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 pink/yllw capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 red/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 white/opa capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 yellow capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 black/grn capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 blue opq capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 blue/wht capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 dark grn capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 grey/pink capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 grey/yllw capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 marn/blue capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>empty capsule size 3 marn/clr capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 mint grn capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 olivel/clr capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 orangelwh capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 pink/blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 pink/lwh capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 pink/yllw capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 prple/clr capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 purple capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 pwdr blue capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 red/white capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 whitelopa capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 3 yellw/clr capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 4 red/white capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 4 yellow capsule</i>	Nivel 2	
CÁPSULAS DE NO GELATINA (VACÍAS)		
<i>capsule #0 clear/clear veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule #0 whitelwhite opq veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule #1 clear/clear veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule #1 whitelwhite opq veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule #3 clear/clear veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule #3 whitelwhite opq veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule 0 clear dr capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #0 clear veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #1 veggie capsule</i>	Nivel 2	
<i>capsule coni-snap #3 clear veg capsule</i>	Nivel 2	
<i>empty capsule size 1 veg clear capsule</i>	Nivel 2	
<i>vegetable capsule #0 green capsule</i>	Nivel 2	
<i>vegetable capsule #0 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>vegetable capsule #00 white capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vegetable capsule #1 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>vegetable capsule #2 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>vegetable capsule #3 white capsule</i>	Nivel 2	
<i>vegetable capsule #4 white capsule</i>	Nivel 2	
VEHÍCULOS EXTERNOS		
ADA EXTERNAL SHAMPOO (<i>external vehicles</i>)	Nivel 2	
FOAMIL EXTERNAL LIQUID (<i>external vehicles</i>)	Nivel 2	
RHEOSPRAY EXTERNAL LIQUID (<i>external vehicles</i>)	Nivel 2	
U-MILD EXTERNAL SHAMPOO (<i>external vehicles</i>)	Nivel 2	
VERSAPRO EXTERNAL SHAMPOO (<i>external vehicles</i>)	Nivel 2	
VEHÍCULOS ORALES		
<i>corn (syrup) oral syrup</i>	Nivel 2	
FLAVOR BLEND ORAL SUSPENSION (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
<i>flavor plus oral liquid</i>	Nivel 2	
<i>flavor sweet oral syrup</i>	Nivel 2	
<i>flavor sweet-sf oral syrup</i>	Nivel 2	
LOZIBASE S (<i>lozibase</i>)	Nivel 2	
ORA-BLEND ORAL SUSPENSION (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
ORA-BLEND SF ORAL SUSPENSION (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
PCCA ACACIA SYRUP BASE ORAL SYRUP (<i>acacia syrup</i>)	Nivel 2	
PCCA SWEET-SF ORAL SYRUP (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
PCCA SYRUP VEHICLE ORAL SYRUP (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
PCCA-PLUS ORAL SUSPENSION (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
<i>purified water oral liquid</i>	Nivel 2	
<i>simple syrup oral syrup</i>	Nivel 2	
SUSPENDRX W/BITTERBLOC SWEET ORAL SUSPENSION (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
SUSPENDRX W/BITTERBLOC UNSWEET ORAL SUSPENSION (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>suspension vehicle oral suspension</i>	Nivel 2	
SYRPALTA (RED) ORAL SYRUP (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
<i>syrpalta oral syrup</i>	Nivel 2	
SYRSPEND SF PH4 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
<i>syrup vehicle oral syrup</i>	Nivel 2	
<i>syrup vehicle sf oral syrup</i>	Nivel 2	
VERSAFREE ORAL SYRUP (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
VERSAPLUS ORAL SYRUP (<i>oral vehicles</i>)	Nivel 2	
VEHÍCULOS PARENTERALES		
<i>bacteriostatic water(benz alc) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>diluent for treprostinil intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>saline bacteriostatic injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>saline-phenol injection solution</i>	Nivel 2	
<i>sodium chloride bacteriostatic injection solution</i>	Nivel 2	MB
STERILE DILUENT FLOLAN PH 12 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>glycine diluent</i>)	Nivel 2	MB
<i>sterile diluentlepoprostenol intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sterile water for injection injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sterile water for injection intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
VEHÍCULOS SEMISÓLIDOS		
<i>alcohol base gel gel</i>	Nivel 2	
ALPAWASH EXTERNAL OINTMENT (<i>polyethylene glycol</i>)	Nivel 2	
ANHYDROUS BASE CREAM (<i>anhydrous base</i>)	Nivel 2	
<i>anhydrous base ointment</i>	Nivel 2	
<i>anhydrous cream base cream</i>	Nivel 2	
ATREVIS HYDROGEL EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
<i>carbomer aqueous gel</i>	Nivel 2	
<i>carbomer hydroalcoholic gel</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cream base external cream</i>	Nivel 2	
<i>cream base with liposome external cream</i>	Nivel 2	
<i>cutis plus external cream</i>	Nivel 2	
DURABASE ADVANCED EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
DURABASE EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
ESPUMIL FOAM (<i>foam base</i>)	Nivel 2	
<i>fagron ls plus external cream</i>	Nivel 2	
<i>freedom derma serum external cream</i>	Nivel 2	
FREEDOM DERMA-D EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
FREEDOM DERMA-N EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
HYDROGEL GEL (<i>carbomer gel base</i>)	Nivel 2	
<i>krisgel 100 external gel</i>	Nivel 2	
<i>lanolin anhydrous external ointment</i>	Nivel 2	
<i>lanolin oil</i>	Nivel 2	
<i>lecithin organogel external gel</i>	Nivel 2	
<i>lipo cream base external cream</i>	Nivel 2	
LIPOCREAM BASE EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
<i>lipolayer external cream</i>	Nivel 2	
<i>lipopen ultra base external cream</i>	Nivel 2	
<i>liposomal heavy external cream</i>	Nivel 2	
<i>liposomal regular external cream</i>	Nivel 2	
LIPOZYME EXTERNAL CREAM (<i>cream base liposomic</i>)	Nivel 2	
MEDIDERM EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
MEDIHOL BASE GEL (<i>alcohol gel base</i>)	Nivel 2	
MULTIBASE EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
OCCLUVAN EXTERNAL OINTMENT (<i>hydrophilic</i>)	Nivel 2	
OMNIBASE EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
PCCA ANHYDROUS BASE OINTMENT (<i>anhydrous base</i>)	Nivel 2	
PCCA COBASE #1 EXTERNAL OINTMENT (<i>cobase #1</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PCCA COSMETIC HRT BASE EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
PCCA CUSTOM LIPO-MAX EXTERNAL CREAM (<i>cream base liposomic</i>)	Nivel 2	
PCCA LIPOSOMIC BASE DRY EXTERNAL CREAM (<i>cream base liposomic</i>)	Nivel 2	
PCCA LIPOSOMIC BASE NORMAL EXTERNAL CREAM (<i>cream base liposomic</i>)	Nivel 2	
PCCA LIPOSOMIC BASE OILY EXTERNAL CREAM (<i>cream base liposomic</i>)	Nivel 2	
PCCA LIPOSOMIC BASE SENSITIVE EXTERNAL CREAM (<i>cream base liposomic</i>)	Nivel 2	
<i>peg ointment base external ointment</i>	Nivel 2	
PENCREAM EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
<i>penderm external cream</i>	Nivel 2	
<i>pensomal external cream</i>	Nivel 2	
<i>petrolatum white external ointment</i>	Nivel 2	
<i>petroleum jelly external gel</i>	Nivel 1	OTC
PLO GEL - MEDIFLO 30 PRE-MIXED EXTERNAL GEL (<i>premium lecith organogel base</i>)	Nivel 2	
PLO GEL - MEDIFLO EXTERNAL KIT (<i>premium lecith organogel base</i>)	Nivel 2	
PLO GEL - MEDIFLO PRE-MIXED EXTERNAL GEL (<i>premium lecith organogel base</i>)	Nivel 2	
<i>plo transdermal external cream</i>	Nivel 2	
PLO20 FLOWABLE EXTERNAL GEL (<i>premium lecith organogel base</i>)	Nivel 2	
<i>polyethylene glycol 8000 external ointment</i>	Nivel 2	
<i>p-siloxan ds external cream</i>	Nivel 2	
<i>qc petroleum jelly external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>salt durable cream external cream</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SALT STABLE LS ADVANCED EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
<i>silprotex plus external cream</i>	Nivel 2	
TDC MAX EXTERNAL CREAM (<i>transdermal base</i>)	Nivel 2	
<i>transdermal pain base external cream</i>	Nivel 2	
<i>universal water gel</i>	Nivel 2	
<i>vanish-pen external cream</i>	Nivel 2	
VERSAPRO FOAM (<i>foam base</i>)	Nivel 2	
<i>versatile cream base external cream</i>	Nivel 2	
VERSATILE RICH BASE EXTERNAL CREAM (<i>cream base</i>)	Nivel 2	
<i>water base gel gel</i>	Nivel 2	
<i>white petrolatum external ointment</i>	Nivel 2	
AGENTES ANORRECTALES - RECTAL PREPARATIONS		
AGENTES VASODILATADORES DE NITRATOS - RECTAL PREPARATIONS		
RECTIV RECTAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	QL (1 tube per 30 days)
ANESTÉSICOS/ESTEROIDES RECTALES - RECTAL PREPARATIONS		
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream</i>	Nivel 2	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES RECTALES VARIAS - RECTAL PREPARATIONS		
AVEDANA HEMORRHOID PAIN RELIEF RECTAL OINTMENT (<i>phenylephrine-mineral oil-pet</i>)	Nivel 1	OTC
AVEDANA HEMORRHOIDAL RECTAL SUPPOSITORY (<i>phenylephrine-cocoa butter</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eql hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>hemorrhoidal rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>px hemorrhoidal rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra hemorrhoidal rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb hemorrhoid rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm hemorrhoidal rectal ointment</i>	Nivel 1	OTC
ESTEROIDES INTRARRECTALES - RECTAL PREPARATIONS		
CORTENEMA RECTAL ENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 containers per 28 days)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	Nivel 1	
UCERIS RECTAL FOAM (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 kits per 28 days)
ESTEROIDES RECTALES - RECTAL PREPARATIONS		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	QL (180 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %</i>	Nivel 2	QL (30 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	Nivel 1	QL (180 grams per 30 days)
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	QL (30 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Med Hc External Cream)	Nivel 1	QL (180 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone</i> (Procto-Pak External Cream)	Nivel 2	QL (30 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone</i> (Proctosol Hc External Cream)	Nivel 1	QL (180 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone</i> (Proctozone-Hc External Cream)	Nivel 1	QL (180 grams per 30 days)
AGENTES ANSIOLÍTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AGENTES ANSIOLÍTICOS VARIOS - DRUGS FOR ANXIETY		
<i>bupirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>bupirone hcl oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>droperidol injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution</i>	Nivel 2	MB
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	DO; QL (100 mL per 1 day)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (8 tablets per 1 day)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (4 capsules per 1 day)
<i>meprobamate oral tablet</i>	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)
VISTARIL ORAL CAPSULE (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 capsules per 1 day)
BENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>alprazolam</i>)	Nivel 1	DO; QL (4 mL per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
ATIVAN INJECTION SOLUTION (<i>lorazepam</i>)	Nivel 2	MB
ATIVAN ORAL TABLET (<i>lorazepam</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (4 capsules per 1 day)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diazepam injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>diazepam</i> (Diazepam Intensol Oral Concentrate)	Nivel 1	DO; QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam intramuscular solution auto-injector</i>	Nivel 2	MB
<i>diazepam oral concentrate</i>	Nivel 1	DO; QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	Nivel 1	
<i>diazepam oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lorazepam</i> (Lorazepam Intensol Oral Concentrate)	Nivel 2	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	Nivel 2	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG (<i>lorazepam</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG (<i>lorazepam</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
TRANXENE-T ORAL TABLET (<i>clorazepate dipotassium</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)
VALIUM ORAL TABLET (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XANAX ORAL TABLET (<i>alprazolam</i>)	Nivel 2	DO; QL (3 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG (<i>alprazolam</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG (<i>alprazolam</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES ANTIANGINOSOS - DRUGS FOR THE HEART		
AGENTES ANTIANGINOSOS - OTRO - DRUGS FOR ANGINA		
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>ranolazine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NITRATOS - DRUGS FOR ANGINA		
GONITRO SUBLINGUAL PACKET (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (<i>isosorbide dinitrate</i>)	Nivel 2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	
<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 1	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
<i>nitroglycerin in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>nitroglycerin intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL SOLUTION (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	Nivel 2	
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES - DRUGS FOR THE LUNGS		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	Nivel 1	
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG1 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>benralizumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 autoinjectors per 8 weekss)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>benralizumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringes per 8 weekss)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>mepolizumab</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 autoinjector per 4 weekss)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>mepolizumab</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 syringes per 4 weekss)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mepolizumab</i>)	Nivel 2	PA; MB
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG4 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>reslizumab</i>)	Nivel 2	PA; MB
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LEUCOTRIENO - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ACCOLATE ORAL TABLET (<i>zafirlukast</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<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)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SINGULAIR ORAL PACKET (<i>montelukast sodium</i>)	Nivel 2	QL (1 packet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET (<i>montelukast sodium</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>montelukast sodium</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-IGE - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>omalizumab</i>)	Nivel 1	MB
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omalizumab</i>)	Nivel 1	MB
BETA AGONISTAS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</i>	Nivel 1	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	Nivel 1	QL (360 mL per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%, 2.5 mg/0.5ml</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	Nivel 2	QL (2 vials per 1 day)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>arformoterol tartrate</i>)	Nivel 2	QL (2 vials per 1 day)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution</i>	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)
<i>isoproterenol hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>isoproterenol-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ISUPREL INJECTION SOLUTION (<i>isoproterenol hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution</i>	Nivel 2	QL (90 vials per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>formoterol fumarate</i>)	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROAIR DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>albuterol sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>albuterol sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>albuterol sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
PROVENTIL HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>albuterol sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>salmeterol xinafoate</i>)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>olodaterol hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>terbutaline sulfate injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>terbutaline sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>albuterol sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX CONCENTRATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>levalbuterol hcl</i>)	Nivel 2	QL (90 vials per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL (<i>levalbuterol tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>levalbuterol hcl</i>)	Nivel 2	QL (90 vials per 30 days)
BRONCODILATADORES - ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium bromide hfa</i>)	Nivel 1	QL (2 inhalers per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>umeclidinium bromide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 30 days)
LONHALA MAGNAIR REFILL KIT INHALATION SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 kit per 30 days)
LONHALA MAGNAIR STARTER KIT INHALATION SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 kit per 30 time fills)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 90 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>aclidinium bromide</i>)	Nivel 2	PA
YUPELRI INHALATION SOLUTION (<i>revefenacin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 vial per 1 day)
COMBINACIÓN DE ADRENÉRGICOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (1 inhaler per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>umeclidinium-vilanterol</i>)	Nivel 1	
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (<i>glycopyrrolate-formoterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (<i>budeson-glycopyrrol-formoterol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	Nivel 1	QL (3 inhalers per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium-albuterol</i>)	Nivel 1	QL (2 inhalers per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>aclidinium br-formoterol fum</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
DULERA INHALATION AEROSOL (<i>mometasone furoformoterol fum</i>)	Nivel 2	PA; 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 1	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide-olodaterol</i>)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL (<i>budesonide-formoterol fumarate</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 inhalers per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol</i> (Wixela Inhub Inhalation Aerosol Powder Breath Activated)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
INHALANTES DE ESTEROIDES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT (<i>ciclesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ARMONAIR DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone propionate (inhal)</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate</i>)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (7 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	PA; 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 (2 ML per 1 day)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST (<i>fluticasone propionate (inhal)</i>)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST (<i>fluticasone propionate (inhal)</i>)	Nivel 1	QL (4 inhalers per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL (<i>fluticasone propionate hfa</i>)	Nivel 1	QL (1 inhaler per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	QL (2 ML per 1 day)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOOXIGENASA - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>zileuton er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET (<i>zileuton</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) SELECTIVOS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
DALIRESP ORAL TABLET (<i>roflumilast</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XANTINAS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>aminophylline intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (<i>theophylline</i>)	Nivel 2	QL (113 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>theophylline</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline oral solution</i>	Nivel 1	QL (112.5 mL per 1 day)
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*PLEUROMUTILINS*** - ANTIBIOTICS		
XENLETA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lefamulin acetate</i>)	Nivel 2	MB
XENLETA ORAL TABLET (<i>lefamulin acetate</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 tablets per 30 days)
*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet</i>	Nivel 2	QL (1 packet per 30 days)
HIPREX ORAL TABLET (<i>methenamine hippurate</i>)	Nivel 2	
MACROBID ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin monohydrate macro</i>)	Nivel 2	QL (14 capsules per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	Nivel 1	
MONUROL ORAL PACKET (<i>fosfomycin tromethamine</i>)	Nivel 2	QL (1 packet per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	Nivel 1	QL (14 capsules per 1 fill)
<i>nitrofurantoin oral suspension</i>	Nivel 2	QL (80 mL per 1 day)
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES - ANTIBIOTICS		
BACTRIM DS ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	Nivel 2	
BACTRIM ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	Nivel 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<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	
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>rifamycin sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (12 tablets per 30 days)
<i>bacitracin intramuscular solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
FLAGYL ORAL CAPSULE (<i>metronidazole</i>)	Nivel 2	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (<i>miltefosine</i>)	Nivel 2	QL (84 capsules per 1 fill)
<i>metronidazole in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>metronidazole oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet</i>	Nivel 1	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	Nivel 2	SP
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	Nivel 2	SP
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (20 tablets per 30 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (20 tablets per 1 fill)
<i>trimethoprim oral tablet</i>	Nivel 2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	Nivel 2	PA; QL (126 tablets per 36 weekss)
AGENTES ANTIPROTOZOARIOS - DRUGS FOR PARASITES		
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>nitazoxanide</i>)	Nivel 2	
ALINIA ORAL TABLET (<i>nitazoxanide</i>)	Nivel 2	
<i>atovaquone oral suspension</i>	Nivel 2	
LAMPIT ORAL TABLET (<i>nifurtimox</i>)	Nivel 2	
MEPRON ORAL SUSPENSION (<i>atovaquone</i>)	Nivel 2	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	Nivel 2	
AGENTES LEPROSTÁTICOS - ANTIBIOTICS		
<i>dapsone oral tablet</i>	Nivel 1	
CARBAPENEMAS - ANTIBIOTICS		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ertapenem sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>meropenem intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>meropenem-sodium chloride intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
CLORANFENICOLES - ANTIBIOTICS		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE CARBAPENEMAS - ANTIBIOTICS		
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin</i>)	Nivel 2	MB
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin-relebactam</i>)	Nivel 2	MB
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meropenem-vaborbactam</i>)	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE ESTREPTOGRAMINAS - ANTIBIOTICS		
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>quinupristin-dalfopristin</i>)	Nivel 2	MB
GLUCOPÉPTIDOS - ANTIBIOTICS		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dalbavancin hcl</i>)	Nivel 2	MB
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vancomycin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	Nivel 2	MB
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	Nivel 2	MB
VANCOGIN HCL ORAL CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (240 capsules per 30 days)
VANCOGIN ORAL CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>vancomycin hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 1000 mg, 500 mg</i>	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 1 day)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 100 gm, 250 mg, 5 gm, 750 mg</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted</i>	Nivel 2	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>telavancin hcl</i>)	Nivel 2	MB
LINCOSAMIDAS - ANTIBIOTICS		
CLEOCIN ORAL CAPSULE 150 MG (<i>clindamycin hcl</i>)	Nivel 2	QL (12 capsules per 1 day)
CLEOCIN ORAL CAPSULE 300 MG (<i>clindamycin hcl</i>)	Nivel 2	QL (8 capsules per 1 day)
CLEOCIN ORAL CAPSULE 75 MG (<i>clindamycin hcl</i>)	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	Nivel 2	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 2	MB
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (12 capsules per 1 day)
<i>clindamycin hcl oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (8 capsules per 1 day)
<i>clindamycin hcl oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	Nivel 2	MB
LINCOICIN INJECTION SOLUTION (<i>lincomycin hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>lincomycin hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
LIPOPEPTIDOS CÍCLICOS - ANTIBIOTICS		
CUBICIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>daptomycin</i>)	Nivel 2	MB
CUBICIN RF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>daptomycin</i>)	Nivel 2	MB
MONOBACTÁMICOS - ANTIBIOTICS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam</i>)	Nivel 2	MB
<i>aztreonam injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam lysine</i>)	Nivel 2	SP; QL (84 mL per 28 days)
OXAZOLIDONAS - ANTIBIOTICS		
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>linezolid intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (28 tablets per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tedizolid phosphate</i>)	Nivel 2	MB
SIVEXTRO ORAL TABLET (<i>tedizolid phosphate</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>linezolid</i>)	Nivel 2	MB
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>linezolid</i>)	Nivel 2	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (<i>linezolid</i>)	Nivel 2	PA; QL (28 tablets per 30 days)
POLIMIXINAS - ANTIBIOTICS		
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>colistimethate sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
MESTINON ORAL SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	Nivel 2	MB
FIRDAPSE ORAL TABLET (<i>amifampridine phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL TABLET (<i>pyridostigmine bromide</i>)	Nivel 2	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>pyridostigmine bromide</i>)	Nivel 2	
<i>neostigmine methylsulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>neostigmine methylsulfate intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral solution</i>	Nivel 1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	
RUZURGI ORAL TABLET (<i>amifampridine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 tablets per 1 day)
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES - DRUGS FOR INFECTIONS		
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES - ANTIBIOTICS		
CAPASTAT SULFATE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>capreomycin sulfate</i>)	Nivel 2	MB
<i>cycloserine oral capsule</i>	Nivel 2	PA
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid injection solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>isoniazid oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>isoniazid oral tablet</i>	Nivel 1	
MYAMBUTOL ORAL TABLET (<i>ethambutol hcl</i>)	Nivel 2	
MYCOBUTIN ORAL CAPSULE (<i>rifabutin</i>)	Nivel 2	
PASER ORAL PACKET (<i>aminosalicylic acid</i>)	Nivel 2	
<i>pretomanid oral tablet</i>	Nivel 2	PA
PRIFTIN ORAL TABLET (<i>rifapentine</i>)	Nivel 1	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>rifabutin oral capsule</i>	Nivel 1	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rifampin</i>)	Nivel 2	MB
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>rifampin oral capsule</i>	Nivel 1	
SIRTURO ORAL TABLET (<i>bedaquiline fumarate</i>)	Nivel 2	PA
TRECATOR ORAL TABLET (<i>ethionamide</i>)	Nivel 2	
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AGENTES ANTIMANÍACOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release</i>	State Carve-out	SCO
<i>lithium carbonate oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>lithium carbonate</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIPSORIÁSICOS - VARIOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
CAPLYTA ORAL CAPSULE (<i>lumateperone tosylate</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 200 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (6 capsules per 1 day)
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ziprasidone mesylate</i>)	State Carve-out	SCO
GEODON ORAL CAPSULE (<i>ziprasidone hcl</i>)	State Carve-out	SCO
LATUDA ORAL TABLET (<i>lurasidone hcl</i>)	State Carve-out	SCO
NUPLAZID ORAL CAPSULE (<i>pimavanserin tartrate</i>)	State Carve-out	SCO
NUPLAZID ORAL TABLET (<i>pimavanserin tartrate</i>)	State Carve-out	SCO
VRAYLAR ORAL CAPSULE (<i>cariprazine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>cariprazine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
<i>ziprasidone hcl oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	State Carve-out	SCO
BENZISOXAZOLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
FANAPT ORAL TABLET (<i>iloperidone</i>)	State Carve-out	SCO
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (<i>iloperidone</i>)	State Carve-out	SCO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>paliperidone palmitate</i>)	Nivel 2	MB
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>paliperidone</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>paliperidone palmitate</i>)	State Carve-out	SCO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>paliperidone palmitate</i>)	State Carve-out	SCO
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour</i>	State Carve-out	SCO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>risperidone</i>)	State Carve-out	SCO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>risperidone microspheres</i>)	State Carve-out	SCO
RISPERDAL ORAL SOLUTION (<i>risperidone</i>)	State Carve-out	SCO
RISPERDAL ORAL TABLET (<i>risperidone</i>)	State Carve-out	SCO
<i>risperidone oral solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>risperidone oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>risperidone oral tablet dispersible</i>	State Carve-out	SCO
BENZODIACEPINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	State Carve-out	SCO
<i>olanzapine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>olanzapine oral tablet dispersible</i>	State Carve-out	SCO
ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>olanzapine</i>)	State Carve-out	SCO
ZYPREXA ORAL TABLET (<i>olanzapine</i>)	State Carve-out	SCO
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>olanzapine pamoate</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>olanzapine</i>)	State Carve-out	SCO
BUTIROFENONAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>haloperidol decanoate</i>)	State Carve-out	SCO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>haloperidol lactate oral concentrate</i>	State Carve-out	SCO
<i>haloperidol oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
DERIVADOS DE LAS QUINOLEÍNAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole</i>)	State Carve-out	SCO
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>aripiprazole</i>)	State Carve-out	SCO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE ORAL TABLET (<i>aripiprazole</i>)	State Carve-out	SCO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY ORAL TABLET (<i>aripiprazole</i>)	State Carve-out	SCO
<i>aripiprazole oral solution</i>	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aripiprazole oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>aripiprazole oral tablet dispersible</i>	State Carve-out	SCO
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	State Carve-out	SCO
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	State Carve-out	SCO
REXULTI ORAL TABLET (<i>brexpiprazole</i>)	State Carve-out	SCO
DIBENZODIACEPÍNICOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	State Carve-out	SCO
<i>quetiapine fumarate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
SEROQUEL ORAL TABLET (<i>quetiapine fumarate</i>)	State Carve-out	SCO
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>quetiapine fumarate</i>)	State Carve-out	SCO
DIBENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>clozapine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>clozapine oral tablet dispersible</i>	State Carve-out	SCO
CLOZARIL ORAL TABLET (<i>clozapine</i>)	State Carve-out	SCO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (<i>clozapine</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DIBENZOOXEPINO PIRROLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual</i>	State Carve-out	SCO
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>asenapine maleate</i>)	State Carve-out	SCO
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>asenapine</i>)	State Carve-out	SCO
DIBENZOAZEPINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>loxapine</i>)	State Carve-out	SCO
<i>loxapine succinate oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
DIHIDROINDOLONAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>molindone hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
FENOTIAZINAS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>chlorpromazine hcl injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate</i>	Nivel 2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>prochlorperazine</i> (Compro Rectal Suppository)	Nivel 1	
<i>fluphenazine decanoate injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>fluphenazine hcl injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	State Carve-out	SCO
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>perphenazine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	Nivel 1	
<i>thioridazine hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
TIOXANTENOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>thiothixene oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS - DRUGS FOR THE HEART		
*TRANSTHYRETIN STABILIZERS*** - DRUGS FOR THE HEART		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (<i>tafamidis</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (<i>tafamidis meglumine (cardiac)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR ANGINA		
VERQUVO ORAL TABLET (<i>vericiguat</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
AGENTES SÉPTICOS - ABLACIÓN - DRUGS FOR THE HEART		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (<i>dehydrated alcohol</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</i>	Nivel 2	
<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 2	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	Nivel 2	
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	Nivel 2	DO
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE NEPRISILINA (ARNI) - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (<i>sacubitril-valsartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (<i>sacubitril-valsartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
COMBINACIONES DE NITRATOS Y VASODILATADORES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
BIDIL ORAL TABLET (<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
HIPERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTA DEL RECEPTOR DE PROSTACICLINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>selexipag</i>)	Nivel 2	PA; MB
UPTRAVI ORAL TABLET (<i>selexipag</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selexipag</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (200 tablets per 720 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>ambrisentan oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>bosentan oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
LETAIRIS ORAL TABLET (<i>ambrisentan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
OPSUMIT ORAL TABLET (<i>macitentan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
TRACLEER ORAL TABLET (<i>bosentan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (<i>bosentan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ADEMPAS ORAL TABLET (<i>riociguat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ADCIRCA ORAL TABLET (<i>tadalafil (pah)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
<i>tadalafil (pah)</i> (Alyq Oral Tablet)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sildenafil citrate</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (3 vials per 1 day)
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>sildenafil citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 mL per 1 day)
REVATIO ORAL TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sildenafil citrate intravenous solution</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (3 vials per 1 day)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (6 mL per 1 day)
<i>sildenafil citrate oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
<i>tadalafil (pah) oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 SELECTIVO DEL GUANOSÍN MONOFOSFATO CÍCLICO (CGMP) - DRUGS FOR THE HEART		
CIALIS ORAL TABLET (<i>tadalafil</i>)	Nivel 2	PA
<i>tadalafil oral tablet</i>	Nivel 2	PA
INHIBIDORES DEL NÓDULO SINUSAL - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CORLANOR ORAL SOLUTION (<i>ivabradine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 ampules per 1 day)
CORLANOR ORAL TABLET (<i>ivabradine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SOLUCIONES DE CARDIOPLEJÍA - DRUGS FOR THE HEART		
ADENOCAINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>cardioplegic soln</i>)	Nivel 2	MB
PLEGISOL PERFUSION SOLUTION (<i>cardioplegic soln</i>)	Nivel 2	
VASODILATADORES DE LA PROSTAGLANDINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	Nivel 2	MB
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>treprostinil diolamine</i>)	Nivel 2	PA; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>treprostinil injection solution</i>	Nivel 2	MB
TYVASO INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 ampule per 1 day)
TYVASO REFILL INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 ampule per 1 day)
TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 ampule per 1 time fill)
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	Nivel 2	MB
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (<i>iloprost</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (9 ampules per 1 day)
VASODILADORES PERIFÉRICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eql niacin flush free oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>niacin flush free oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>papaverine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>qc niacin oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - BIOLOGICAL AGENTS		
ANTICUERPOS MONOCLONALES BACTERIANOS - BIOLOGICAL AGENTS		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bezlotoxumab</i>)	Nivel 2	MB
ANTITOXINAS - CONTRAVENENOS - BIOLOGICAL AGENTS		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>centruroides (scorpion) im fab</i>)	Nivel 2	MB
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae immune fab (equine)</i>)	Nivel 2	MB
<i>antivenin latrodectus mactans injection kit</i>	Nivel 2	MB
<i>antivenin micrurus fulvius intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae polyval immune fab</i>)	Nivel 2	MB
SUEROS INMUNOLÓGICOS - BIOLOGICAL AGENTS		
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-slra</i>)	Nivel 2	PA; MB
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; MB
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-hipp</i>)	Nivel 2	PA; SP
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>cytomegalovirus immune glob</i>)	Nivel 2	MB
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; MB
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	SP
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
GAMMAKED INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; MB
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 1	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
HYPERTET S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
<i>kedrab injection solution</i>	Nivel 2	MB
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	Nivel 2	MB
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 1	PA; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 1	PA; MB
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-ifas</i>)	Nivel 2	PA; MB
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; MB
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 40 GM/400ML (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>varicella-zoster immune glob</i>)	Nivel 2	MB
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-klhw</i>)	Nivel 2	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO - BIOLOGICAL AGENTS		
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA - COMBINACIONES - BIOLOGICAL AGENTS		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>immune globulin-hyaluronidase</i>)	Nivel 2	PA; SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVIRALES - BIOLOGICAL AGENTS		
<i>bamlanivimab intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>etesevimab intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>palivizumab</i>)	Nivel 2	MB
SUEROS INMUNOLÓGICOS - BIOLOGICAL AGENTS		
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	Nivel 1	PA; MB
AGENTES DERMATOLÓGICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tube per 30 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)*** - DRUGS FOR THE SKIN		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>afamelanotide acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 implant per 2 monthss)
*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT (<i>tirbanibulin</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 packets per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES ALQUILANTES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (<i>mechlorethamine hcl (topical)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 grams per 30 days)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>arthritis pain reliever external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
ASPERCREME ARTHRITIS PAIN EXTERNAL GEL (<i>diclofenac sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
<i>cvs diclofenac sodium external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch</i>	Nivel 2	PA; QL (2 patches per 1 day)
<i>diclofenac sodium external gel</i>	Nivel 2	QL (1000 grams per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
FLECTOR EXTERNAL PATCH (<i>diclofenac epolamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 patches per 1 day)
<i>gnp arthritis pain external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
<i>goodsense arthritis pain external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
<i>kls diclofenac sodium external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR (<i>diclofenac epolamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 patche per 1 day)
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION (<i>diclofenac sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (224 grams per 28 days)
<i>qc diclofenac sodium external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (1000 grams per 30 days)
<i>valcoprep-100 external kit</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES DE TERAPIA FOTODINÁMICA TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
AMELUZ EXTERNAL GEL (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 2	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 2	
AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>urea</i> (Cerovel External Lotion)	Nivel 2	
AGENTES PARA ROSÁCEA - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>azelaic acid external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>doxycycline oral capsule delayed release</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
FINACEA EXTERNAL FOAM (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
FINACEA EXTERNAL GEL (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>ivermectin external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM (<i>metronidazole</i>)	Nivel 2	QL (45 grams per 30 days)
METROGEL EXTERNAL GEL (<i>metronidazole</i>)	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
METROLOTION EXTERNAL LOTION (<i>metronidazole</i>)	Nivel 2	QL (59 mL per 30 days)
<i>metronidazole external cream</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	Nivel 1	QL (55 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	Nivel 1	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL (<i>brimonidine tartrate</i>)	Nivel 2	QL (30 grams per 30 days)
NORITATE EXTERNAL CREAM (<i>metronidazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>doxycycline</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RHOFADE EXTERNAL CREAM (<i>oxymetazoline hcl</i>)	Nivel 2	
<i>metronidazole</i> (Rosadan External Cream)	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole</i> (Rosadan External Gel)	Nivel 1	QL (45 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (<i>ivermectin</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (<i>minocycline hcl micronized</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
AGENTES PARA VERRUGAS GENITALES EXTERNAS Y ANALES - DRUGS FOR THE SKIN		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (<i>sinecatechins</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 28 days)
AGENTES QUEROTOLÍTICOS/ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
ACNESIC EXTERNAL GEL (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 2	
ATRIX MEDICATED FORMULA EXTERNAL CREAM (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 2	
CLEARASIL RAPID RESCUE DEEP EXTERNAL PAD (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 1	OTC
COMPOUND W FOR KIDS EXTERNAL STRIP (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 1	OTC
CONDYLOX EXTERNAL GEL (<i>podofilox</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tubes per 28 days)
<i>cvs callus removers external pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs corn/callus remover external kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs wart remover external liquid</i>	Nivel 1	OTC
DR SCHOLLS CALLUS REM/DURAGEL EXTERNAL PAD (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 1	OTC
DRS CHOICE CORN/CALLUS REMOVER EXTERNAL PAD (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 1	OTC
<i>eq1 callus remover extra thick external pad</i>	Nivel 1	OTC
GETS-IT CORN/CALLUS REMOVER EXTERNAL LIQUID (<i>salicylic acid</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp callus removers external pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp corn removers external pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>liquid wart remover external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>podofilox external solution</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tubes per 28 days)
<i>wart remover medicated external pad</i>	Nivel 1	OTC
AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
TARGRETIN EXTERNAL GEL (<i>bexarotene</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 grams per 30 days)
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>afterburn external gel</i>	Nivel 1	OTC
ALOCANE EMERGENCY BURN MAX STR EXTERNAL AEROSOL (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
ALOCANE EMERGENCY BURN MAX STR EXTERNAL GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ALOCANE EMERGENCY BURN MAX STR EXTERNAL PAD (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>aloe vera burn relief external aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>aloellidocaine pain reliever external gel</i>	Nivel 1	OTC
ASPERCREME LIDOCAINE ESSENTIAL EXTERNAL LIQUID (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ASPERCREME LIDOCAINE EXTERNAL CREAM (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ASPERCREME LIDOCAINE EXTERNAL LIQUID (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ASPERCREME LIDOCAINE EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
ASPERCREME MAX STRENGTH EXTERNAL AEROSOL (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
ASPERCREME PAIN RELIEF PATCH EXTERNAL PATCH (<i>capsaicin</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ASPERCREME W/LIDOCAINE EXTERNAL CREAM (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>asperflex max st external patch</i>	Nivel 1	OTC
ASPERFLEX PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
BENGAY LIDOCAINE EXTERNAL CREAM (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>blue tubel aloe external cream</i>	Nivel 1	OTC
BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
<i>burn relief external aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>burn relief external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>capsaicin external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>capsaicin external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>capsaicin heat patch external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>capsaicin hot patch external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>capsaicin hp external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>capsaicin pain relief external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>capzix external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cooling external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs aftersun aloellidocaine external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs burn relief spray external aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs capsaicin hp external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lidocaine maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lidocaine pain relief maxs external aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs medicated heat patch external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs pain relief external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs pain relief external patch</i>	Nivel 1	OTC
DOLOGESIC PAIN RELIEF ROLL-ON EXTERNAL LIQUID (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>eq capsaicin patch external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq lidocaine pain relieving external patch</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq pain relieving external cream</i>	Nivel 1	OTC
FIRST CARE PAIN RELIEF EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine hcl</i> (Glydo External Prefilled Syringe)	Nivel 2	PA
<i>gnp burn relief external aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp burn relief external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp burn relief spray external aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp lidocaine pain relief external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp lidocaine pain relieving external cream</i>	Nivel 1	OTC
GOLD BOND MULTI-SYMPOM EXTERNAL CREAM (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>hm lidocaine patch external patch</i>	Nivel 1	OTC
LANSINOH PAIN RELIEF SPRAY EXTERNAL SOLUTION (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
LIDAFLEX EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
LIDO KING EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine external ointment</i>	Nivel 2	QL (5 grams per 1 day)
<i>lidocaine external patch 4 %</i>	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	Nivel 1	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine hcl external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine hcl external solution</i>	Nivel 1	PA; QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine hcl urethral mucosal external gel</i>	Nivel 1	
<i>lidocaine hcl urethral mucosal external prefilled syringe</i>	Nivel 2	
<i>lidocaine max st 24 hours external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine pain relief external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine pain relieving external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine plus external cream</i>	Nivel 1	OTC
LIDODERM EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 patches per 1 day)
LIDODOSE EXTERNAL GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIDODOSE PEDIATRIC BULK PACK EXTERNAL GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>pain relief maximum strength external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain relief roll-on external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain relieving + lidocaine external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain relieving lidocaine external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>lidocaine hcl</i> (Proxivol External Gel)	Nivel 2	
<i>qc lidocaine pain relief external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra capsicum hot patch external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra lidocaine pain relieving external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra pain relief external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra pain relieving external patch</i>	Nivel 1	OTC
REGENECARE HA EXTERNAL GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
REGENECARE HA EXTERNAL LIQUID (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
RE-LIEVED MAXIMUM STRENGTH EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
SALONPAS PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
SOLARCAINE COOL ALOE EXTERNAL AEROSOL (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
SUN BURNT PLUS EXTERNAL GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sure result sr relief external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>theracare pain relief external patch</i>	Nivel 1	OTC
WELMATE LIDOCAINE PAIN RELIEV EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 1	OTC
<i>xolido external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>xolido xp external cream</i>	Nivel 1	OTC
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM (<i>capsaicin</i>)	Nivel 1	OTC
ZTLIDO EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 patches per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIBIÓTICOS PARA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN		
ACZONE EXTERNAL GEL (<i>dapsone</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
AMZEEQ EXTERNAL FOAM (<i>minocycline hcl micronized</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 2	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin Etz External Swab)	Nivel 1	QL (2 units per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin-P External Swab)	Nivel 1	QL (2 units per 1 day)
CLINDAGEL EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	Nivel 2	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	Nivel 2	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	Nivel 1	QL (2 units per 1 day)
<i>dapsone external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	Nivel 1	QL (2 units per 1 day)
ERYGEL EXTERNAL GEL (<i>erythromycin</i>)	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external gel</i>	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
EVOCLIN EXTERNAL FOAM (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 2	QL (100 grams per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION (<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>)	Nivel 2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	Nivel 2	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
ALTABAX EXTERNAL OINTMENT (<i>retapamulin</i>)	Nivel 2	QL (30 grams per 1 fill)
<i>antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>bacitracin zinc external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment</i>	Nivel 1	OTC
BACITRAYCIN PLUS EXTERNAL OINTMENT (<i>bacitracin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
CENTANY EXTERNAL OINTMENT (<i>mupirocin</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
<i>cvs bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>cvs bacitracin zinc external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>eq bacitracin zinc external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>eql bacitracin zinc external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<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>gnp bacitracin zinc external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hm bacitracin zinc external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>mupirocin calcium external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>qc bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra bacitracin zinc first aid external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sb bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>sm antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
XEPI EXTERNAL CREAM (<i>ozenoxacin</i>)	Nivel 2	QL (45 grams per 30 days)
ANTIMETABOLITOS ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
CARAC EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 1 year)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	Nivel 2	PA; QL (40 grams per 1 year)
FLUOROPLEX EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 1 year)
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 1 year)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	Nivel 1	QL (40 grams per 1 year)
<i>fluorouracil external solution</i>	Nivel 1	PA; QL (10 mL per 1 year)
ANTIMICÓTICOS - COMBINACIONES TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
<i>g-mycos nail external solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment</i>	Nivel 2	QL (50 grams per 30 days)
MYCO NAIL EXTERNAL SOLUTION (<i>misc antifungal combo products</i>)	Nivel 1	OTC
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>)	Nivel 2	QL (50 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>antifungal clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>antifungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)
<i>anti-fungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>antifungal external powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>athletes foot external powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
AZOLEN TINCTURE EXTERNAL SOLUTION (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC
CAVILON EXTERNAL CREAM (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)
<i>clotrimazole af external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole athletes foot external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>clotrimazole external solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
CRUEX PRESCRIPTION STRENGTH EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cv</i> s athletes foot external aerosol powder	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>cv</i> s athletes foot spray external aerosol	Nivel 1	OTC; QL (150 grams per 30 days)
<i>cv</i> s clotrimazole external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>cv</i> s clotrimazole external solution	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>cv</i> s itch relief external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>cv</i> s ringworm external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
DESENEX EXTERNAL CREAM (<i>clotrimazole</i>)	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
DESENEX EXTERNAL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
DESENEX JOCK ITCH EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>econazole nitrate</i> external cream	Nivel 2	PA; QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (<i>econazole nitrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (70 grams per 30 days)
<i>eq</i> antifungal external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>eq</i> athletes foot external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>eq</i> jock itch external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>eq</i> l antifungal external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>eq</i> l athletes foot external cream	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (<i>sertaconazole nitrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EXELDERM EXTERNAL CREAM (<i>sulconazole nitrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (<i>sulconazole nitrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
EXTINA EXTERNAL FOAM (<i>ketoconazole</i>)	Nivel 2	QL (100 grams per 30 days)
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp athletes foot external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>gnp miconazorb af external powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
<i>jock itch external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>jock itch relief external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (<i>efinaconazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 mL per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)
LOTRIMIN AF DEODORANT POWDER EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
LOTRIMIN AF JOCK ITCH POWDER EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
LOTRIMIN AF POWDER EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>luliconazole external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (<i>luliconazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>micaderm external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>miconazole antifungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)
<i>miconazole nitrate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM (<i>clotrimazole</i>)	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
MYCOZYL AC EXTERNAL CREAM (<i>clotrimazole</i>)	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
NIZORAL A-D EXTERNAL SHAMPOO (<i>ketoconazole</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 mL per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL CREAM (<i>oxiconazole nitrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (<i>oxiconazole nitrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
<i>pro-ex antifungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>px athletic foot external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>qc clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>ra atheletes foot external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>ra athletes foot external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>ra clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>ra jock itch external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sb clotrimazole foot external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>sm antifungal clotrimazole external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>sm antifungal miconazole external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution</i>	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
TINEACIDE EXTERNAL CREAM (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 grams per 30 days)
TING EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
XOLEGEL EXTERNAL GEL (<i>ketoconazole</i>)	Nivel 2	QL (45 grams per 30 days)
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (90 grams per 30 days)
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL OXABOROL TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
KERYDIN EXTERNAL SOLUTION (<i>tavaborole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>tavaborole external solution</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>antifungal (tolnaftate) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>anti-fungal external powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (67.5 grams per 30 days)
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>athletes foot spray external aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (159 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BLIS-TO-SOL EXTERNAL LIQUID (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>ciclopirox external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	Nivel 1	PA; 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>cvs athletes foot (tolnaftate) external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>cvs athletes foot (tolnaftate) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>cvs foot & sneaker external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
DR GS CLEAR NAIL EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>eq athletes foot (terbinafine) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (42 grams per 30 days)
<i>eq athletes foot (tolnaftate) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>eql antifungal (tolnaftate) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
FOOT REPAIR SERUM EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
FORMULA 3 THE TREATMENT EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
FORMULA 7 THE SOLUTION EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
FUNGAL NAIL ERASER EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>fungi-guard external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>gnp tolnaftate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>jock itch spray powder external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>kp tolnaftate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
LOPROX EXTERNAL CREAM (<i>ciclopirox olamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
LOPROX EXTERNAL SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)
LOPROX EXTERNAL SUSPENSION (<i>ciclopirox olamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
LOTRIMIN AF EXTERNAL POWDER (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>medicated anti-fungal external solution</i>	Nivel 1	OTC
MENTAX EXTERNAL CREAM (<i>butenafine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
MICOTRIN AL EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	
MYCOCIDE CLINICAL NS EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
MYCOZYL AL EXTERNAL SOLUTION (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>naftifine hcl external cream 1 %</i>	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 2 %</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL 1 % (<i>naftifine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL 2 % (<i>naftifine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin</i> (Nyamyc External Powder)	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nystatin</i> (Nystop External Powder)	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>odor control foot & sneaker external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
ODOR EATERS ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (67.5 grams per 30 days)
ODOR EATERS FOOT/SNEAKER SPRAY EXTERNAL AEROSOL POWDER (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>qc athletes foot external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (42 grams per 30 days)
<i>qc tolnaftate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra antifungal foot care external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (42 grams per 30 days)
<i>ra foot care (terbinafine) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (42 grams per 30 days)
<i>ra foot care (tolnaftate) external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra jock itch max st external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)
<i>sb anti-fungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>sm antifungal tolnaftate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
TINACTIN EXTERNAL AEROSOL (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (159 grams per 30 days)
<i>tinaspore external solution</i>	Nivel 1	OTC
TING EXTERNAL AEROSOL (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (159 grams per 30 days)
TING EXTERNAL CREAM (<i>tolnaftate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>tolnaftate antifungal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>tolnaftate external aerosol powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (133 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tolnaftate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>tolnaftate external powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (67.5 grams per 30 days)
ANTINEOPLÁSICO O LESIONES PREMALIGNAS - FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE) TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
ANTIPRURIGINOSOS - SISTÉMICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acitretin oral capsule</i>	Nivel 2	
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 pens per 30 days)
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 pens per 30 days)
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tildrakizumab-asmn</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 syringe per 84 weekss)
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brodalumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 30 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 12 weekss)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pen per 12 weekss)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringe per 12 weekss)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 vial per 12 weekss)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringe per 12 weekss)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 auto-injector per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ixekizumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 injection per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>guselkumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 mL per 50 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>guselkumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 mL per 50 days)
ANTIPRURIGINOSOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>doxepin hcl external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tube per 1 fill)
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM (<i>doxepin hcl (antipruritic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ZONALON EXTERNAL CREAM (<i>doxepin hcl (antipruritic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ANTIPSORIÁSICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external foam</i>	Nivel 2	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcipotriene</i> (Calcitrene External Ointment)	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcitriol external ointment</i>	Nivel 2	QL (800 grams per 28 days)
DOVONEX EXTERNAL CREAM (<i>calcipotriene</i>)	Nivel 2	QL (120 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SORILUX EXTERNAL FOAM (<i>calcipotriene</i>)	Nivel 2	QL (120 grams per 30 days)
<i>tazarotene external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM (<i>tazarotene</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (<i>tazarotene</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT (<i>calcitriol</i>)	Nivel 2	QL (800 grams per 28 days)
ANTIVIRALES - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acyclovir external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (5 grams per 30 days)
<i>acyclovir external ointment</i>	Nivel 1	PA; QL (30 grams per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (<i>penciclovir</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 grams per 30 days)
<i>gnp docosanol external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm docosanol external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 grams per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL CREAM (<i>acyclovir</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 grams per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (<i>acyclovir</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
APÓSITOS PARA HERIDAS - DRUGS FOR THE SKIN		
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (<i>hydroactive dressings</i>)	Nivel 2	
TEGADERM AG MESH EXTERNAL PAD (<i>silver</i>)	Nivel 2	
WOUNDGELHA MATRIX EXTERNAL GEL (<i>hyaluronate sodium</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ASTRINGENTES - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>cvs diaper rash external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 grams per 90 days)
<i>cvs zinc oxide external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 grams per 30 days)
<i>eq diaper rash external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 grams per 90 days)
<i>gnp zinc oxide external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 grams per 30 days)
<i>meijer zinc oxide external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 grams per 30 days)
<i>qc diaper rash external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 grams per 90 days)
COMBINACIONES ANESTÉSICAS TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>alle vess external patch</i>	Nivel 1	OTC
<i>cbd4 freeze pump maximum str external cream</i>	Nivel 2	
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
<i>lidoheal-90 external kit</i>	Nivel 2	
REAL HEAL-I EXTERNAL KIT (<i>lidocaine-prilocaine-dressing</i>)	Nivel 2	
<i>reliever external patch</i>	Nivel 1	OTC
SYNERA EXTERNAL PATCH (<i>lidocaine-tetracaine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 patches per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (<i>lidocaine hcl-blood collection</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS CON ESTEROIDES - DRUGS FOR THE SKIN		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (<i>neomycin-fluocinolone</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE ANTISEBORREICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
PROMISEB EXTERNAL CREAM (<i>antiseborrheic products, misc.</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE EMOLIENTES - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lactic acid e external cream</i>	Nivel 2	
COMBINACIONES DE ESCABICIDAS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>cvs lice killing external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
CVS LICE SOLUTION COMBINATION KIT (<i>pyreth-pip butox-permeth-nitre</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 kit per 30 days)
<i>eq lice killing max st external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql lice killing max st external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp lice treatment external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm lice killing max st external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>lice killing external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>lice killing maximum strength external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra lice maximum strength external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra lice solution combination kit</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 kit per 30 days)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO (<i>pyrethrins-piperonyl butoxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sb lice killing max st external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm lice killing external shampoo</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>sm lice killing max strength external shampoo</i>	Nivel 1	OTC
<i>stop lice complete treatment combination kit</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 kit per 30 days)
<i>stop lice maximum strength external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE ESTEROIDES - ANESTÉSICOS LOCALES - DRUGS FOR THE SKIN		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>pramoxine-hc</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (400 grams per 28 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension</i>	Nivel 2	PA; QL (420 grams per 28 days)
CORTIZONE-10 INTENSIVE HEALING EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone-aloe vera</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (30 grams per 30 days)
CORTIZONE-10 PLUS EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone-aloe vera</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (30 grams per 30 days)
CORTIZONE-10/ALOE EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone-aloe vera</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (30 grams per 30 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol prop-tazarotene</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	Nivel 2	PA; QL (420 grams per 28 days)
<i>gnp hydrocortisonelaloe external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hm hydrocortisone plus external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hm hydrocortisone-aloe max st external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hydrocortisonelaloe max str external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone-aloe external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra hydrocortisone plus external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>sm hydrocortisone plus external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm hydrocortisone-aloe max st external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
TACLONEX EXTERNAL OINTMENT (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	Nivel 2	PA; QL (400 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	Nivel 2	PA; QL (420 grams per 28 days)
WYNZORA EXTERNAL CREAM (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	Nivel 2	PA; QL (420 grams per 28 days)
COMBINACIONES DE LINIMENTOS - DRUGS FOR THE SKIN		
DOULEURIN EXTERNAL LOTION (<i>capsaicin-menthol-methyl sal</i>)	Nivel 1	AL; OTC
COMBINACIONES PARA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN		
ACANYA EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	Nivel 2	PA
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
BENZAFLIN EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
BENZAFLIN WITH PUMP EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL (<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>)	Nivel 2	PA; QL (47 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (47 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-2.5 %</i>	Nivel 2	PA
<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 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>clindamycin-tretinoin external gel</i>	Nivel 2	PA
EPIDUO EXTERNAL GEL (<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL (<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin-benzoyl per (refr)</i> (Neuac External Gel)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
ONEXTON EXTERNAL GEL (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	Nivel 2	PA
<i>sulfacetamide sod-sulfur wash external liquid</i>	Nivel 2	
VELTIN EXTERNAL GEL (<i>clindamycin-tretinoin</i>)	Nivel 2	PA
ZIANA EXTERNAL GEL (<i>clindamycin-tretinoin</i>)	Nivel 2	PA
COMBINACIONES TÓPICAS DE ANTIVIRALES - DRUGS FOR THE SKIN		
XERESE EXTERNAL CREAM (<i>acyclovir-hydrocortisone</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 grams per 30 days)
CORTICOESTEROIDES - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
ALA SCALP EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 gm/mL per 30 days)
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>ala-cort external cream 2.5 %</i>	Nivel 1	PA; QL (454 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>amcinonide external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>amcinonide external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
<i>amcinonide external ointment</i>	Nivel 1	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>anti-itch maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
APEXICON E EXTERNAL CREAM (<i>diflorasone diacet emoll base</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
AQUANIL HC EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
AQUAPHOR ITCH RELIEF MAX STR EXTERNAL OINTMENT (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
AVEENO ANTI-ITCH MAX ST EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>beta hc external lotion</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	Nivel 2	PA; 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 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
BRYHALI EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
CAPEX EXTERNAL SHAMPOO (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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 2	PA; 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 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid</i>	Nivel 2	PA; QL (125 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	Nivel 2	PA; 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 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	Nivel 1	QL (50 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL LOTION (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (125 mL per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> (Clodan External Shampoo)	Nivel 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
CLODERM EXTERNAL CREAM (<i>clocortolone pivalate</i>)	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
CORDRAN EXTERNAL CREAM (<i>flurandrenolide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
CORDRAN EXTERNAL LOTION (<i>flurandrenolide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CORDRAN EXTERNAL OINTMENT (<i>flurandrenolide</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
CORDRAN EXTERNAL TAPE (<i>flurandrenolide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 box per 30 days)
CORTIZONE-10 DIABETICS SKIN EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
CORTIZONE-10 ECZEMA EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
CORTIZONE-10 EXTERNAL GEL (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (60 grams per 30 days)
CORTIZONE-10 EXTERNAL OINTMENT (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (454 grams per 30 days)
CORTIZONE-10 HYDRATENSIVE EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
CUTIVATE EXTERNAL LOTION (<i>fluticasone propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>cvs anti-itch maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>cvs cortisone intense healing external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>cvs cortisone maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>cvs cortisone maximum strength external gel</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>cvs cortisone maximum strength external lotion</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>cvs cortisone maximum strength external ointment</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>cvs eczema anti-itch external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>cvs hydrocortisone anti-itch external cream 0.5 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>cvs hydrocortisone anti-itch external cream 1 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs hydrocortisone max st external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
DERMAREST ECZEMA EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
DERMA-SMOOTH/FS BODY EXTERNAL OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>desonide external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>desonide external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
<i>desonide external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
DESOWEN EXTERNAL CREAM (<i>desonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external gel</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external liquid</i>	Nivel 2	PA; QL (100 mL per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>desonide</i> (Desrx External Gel)	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external cream</i>	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
DIPROLENE AF EXTERNAL CREAM (<i>betamethasone dipropionate aug</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT (<i>betamethasone dipropionate aug</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>eq hydrocortisone external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>eq hydrocortisone max st external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eql anti-itch intensive heal external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>eql anti-itch maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>eql anti-itch maximum strength external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil</i>	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	Nivel 1	QL (240 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 (240 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
<i>flurandrenolide external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>gnp hydrocortisone plus external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>goodsense anti-itch maximum st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
GYNECORT 10 EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>halcinonide external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external foam</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	Nivel 1	QL (50 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL CREAM (<i>halcinonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL OINTMENT (<i>halcinonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL SOLUTION (<i>halcinonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone acetate external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone anti-itch external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyr lipo base external cream</i>	Nivel 2	QL (45 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	Nivel 1	OTC; 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 1 %</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	Nivel 1	PA; QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 0.5 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone max st external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone max st/12 moist external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone plus external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMPEKLO EXTERNAL LOTION (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA
IMPOYZ EXTERNAL CREAM (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>instacort 5 external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
KERICORT 10 EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>kp hydrocortisone max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
LANACORT 10 EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
LEXETTE EXTERNAL FOAM (<i>halobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
LOCOID EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (118 mL per 30 days)
LOCOID LIPOCREAM EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone butyr lipo base</i>)	Nivel 2	QL (45 grams per 30 days)
LUXIQ EXTERNAL FOAM (<i>betamethasone valerate</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
MEDPURA HYDROCORTISONE EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>meijer hydrocortisone external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
MG217 PSORIASIS ANIT-ITCH EXTERNAL GEL (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	Nivel 1	QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide</i> (Nolix External Lotion)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OLUX EXTERNAL FOAM (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
OLUX-E EXTERNAL FOAM (<i>clobetasol propionate emulsion</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
PANDEL EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone probutate</i>)	Nivel 2	PA; QL (80 grams per 30 days)
<i>prednicarbate external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (90 grams per 30 days)
PREPARATION H EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>psorcon external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>px hydrocream external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>ra anti-itch maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>ra anti-itch maximum strength external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>ra hydrocortisone plus 12 external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
SARNOL-HC EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>sb hydrocortisone external cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>sb hydrocortisone max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
SERNIVO EXTERNAL EMULSION (<i>betamethasone dipropionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
<i>sm hydrocortisone external cream 0.5 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)
<i>sm hydrocortisone external cream 1 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
<i>sm hydrocortisone external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm hydrocortisone max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (454 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL CREAM (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL OINTMENT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL SOLUTION (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 mL per 30 days)
TEMOVATE EXTERNAL CREAM (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
TEMOVATE EXTERNAL OINTMENT (<i>clobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL CREAM (<i>desoximetasone</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL GEL (<i>desoximetasone</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID (<i>desoximetasone</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion</i> (Tovet External Foam)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external aerosol solution</i>	Nivel 2	PA; 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	PA; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>triamcinolone in absorbable external ointment</i>	Nivel 2	PA; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide</i> (Triderm External Cream 0.1 %)	Nivel 1	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide</i> (Triderm External Cream 0.5 %)	Nivel 2	PA; QL (454 grams per 30 days)
TRIDESILON EXTERNAL CREAM (<i>desonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetamide</i> (Tritocin External Ointment)	Nivel 2	QL (430 grams per 30 days)
ULTRAVATE EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 30 days)
VAGISIL EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
VANOS EXTERNAL CREAM (<i>fluocinonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)
VERDESO EXTERNAL FOAM (<i>desonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
CUIDADO DE HERIDAS - AGENTES PARA EL FACTOR DE CRECIMIENTO - DRUGS FOR THE SKIN		
REGRANEX EXTERNAL GEL (<i>becaplermin</i>)	Nivel 2	PA; QL (15 grams per 30 days)
DERMATITIS ATÓPICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES - DRUGS FOR THE SKIN		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 MG/2ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML (<i>dupilumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 injections per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMOLIENTES - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>a&d external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>advanced healing/baby external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
AL12 EXTERNAL LOTION (<i>ammonium lactate</i>)	Nivel 1	OTC
AMLACTIN DAILY EXTERNAL LOTION (<i>ammonium lactate</i>)	Nivel 1	OTC
AQUA-NU EXTERNAL OINTMENT (<i>emollient</i>)	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
<i>baby vitamin a & d external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>beauty lotion external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>complete moisture external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>cvs advanced healing external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
<i>cvs beauty 360 pure glycerin external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs beauty 360 pure vitamin e external oil</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs beauty 360 soothing bath external packet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs dry skin therapy external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>cvs extra moisturizing external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>cvs gentle skin cleanser external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>cvs hydrating skin treatment external lotion</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs moisturizing external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>cvs vitamin e moisturizing external oil</i>	Nivel 1	OTC
DML EXTERNAL LOTION (<i>emollient</i>)	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>dry skin treatment adv therapy external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>e-cream complex external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>e-oil external oil</i>	Nivel 1	OTC
<i>e-ointment external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
<i>eq vitamins a & d external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql absolute moisture dry skin external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>eql advanced healing external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
<i>eql advanced skin therapy external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>eql aloe after sun external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>eql vitamin e ultra strength external oil</i>	Nivel 1	OTC
FLANDERS BUTTOCKS EXTERNAL OINTMENT (<i>emollient</i>)	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
<i>gordomatic external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>lactic acid external lotion</i>	Nivel 2	
<i>lubricating lotion external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
MEDPURA VITAMIN A & D EXTERNAL OINTMENT (<i>vitamins a & d</i>)	Nivel 1	OTC
<i>moisture external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>moisture recovery external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>moisturizing lotion external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>moisturizing sensitive skin external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
PALMERS NATURAL VITAMIN E EXTERNAL CREAM (<i>vitamin e</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc glycerin external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra glycerin external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>refreshing aloe external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
SARATOGA EXTERNAL OINTMENT (<i>emollient</i>)	Nivel 1	OTC; QL (240 grams per 90 days)
<i>sm dry skin therapy external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>vitamin a & d external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin a & d skin protectant external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin a&d external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin e beauty external oil</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin e external oil</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin e skin external oil</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin e-vit a & d external cream</i>	Nivel 1	OTC
ENZIMAS TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN		
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (<i>collagenase</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS - DRUGS FOR THE SKIN		
CROTAN EXTERNAL LOTION (<i>crotamiton</i>)	Nivel 2	QL (60 grams per 30 days)
<i>cvs lice treatment external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>cvs lice-bedbug-mite aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp home lice/bedbug/dust mite aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp lice treatment external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>hm lice treatment external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>ivermectin external lotion</i>	Nivel 2	PA; QL (120 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lice treatment creme rinse external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>lice treatment external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>lice treatment external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>lindane external shampoo</i>	Nivel 2	QL (60 mL per 30 days)
<i>malathion external lotion</i>	Nivel 2	PA
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (<i>spinosad</i>)	Nivel 2	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (<i>malathion</i>)	Nivel 2	PA
<i>permethrin external cream</i>	Nivel 1	QL (120 grams per 30 days)
<i>ra lice treatment external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>sb lice treatment external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>sm lice treatment external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (60 mL per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 7 days)
<i>stop lice step 3 aerosol</i>	Nivel 1	OTC
<i>sulfurated lime external solution</i>	Nivel 2	
GASES ANESTÉSICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
CRYODOSE TA EXTERNAL AEROSOL (<i>pentafluoroprop-tetrafluoroeth</i>)	Nivel 2	
IMIDAZOQUINOLINAMINAS INMUNOMODULADORAS TÓPICAS - DRUGS FOR THE SKIN		
ALDARA EXTERNAL CREAM (<i>imiquimod</i>)	Nivel 2	PA; QL (48 packets per 1 year)
<i>imiquimod external cream 3.75 %</i>	Nivel 2	PA; QL (28 packets per 28 years)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	Nivel 1	PA; QL (48 packets per 1 year)
<i>imiquimod pump external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (7.5 grams per 28 years)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (<i>imiquimod</i>)	Nivel 2	PA; QL (28 packets per 28 years)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (<i>imiquimod</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pump bottle per 28 years)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (<i>imiquimod</i>)	Nivel 2	PA; QL (7.5 grams per 28 years)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (<i>crisaborole</i>)	Nivel 2	PA; QL (100 grams per 30 days)
INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
ELIDEL EXTERNAL CREAM (<i>pimecrolimus</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (100 grams per 90 days)
<i>pimecrolimus external cream</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (100 grams per 90 days)
PROTOPIC EXTERNAL OINTMENT (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (100 grams per 90 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (100 grams per 90 days)
LIMPIADORES PARA LA PIEL - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>advanced hand sanilaloelvit e external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>advanced hand sanitizer external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>advanced hand sanitizer external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>advanced hand sanitizer/aloe external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>advanced hand sanitizer/aloe external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>advanced hand sanitizer/vit e external liquid</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEVER CHOICE HAND SANITIZER EXTERNAL GEL (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs instant hand sanitizer external liquid</i>	Nivel 1	OTC
ENOVATIZER GEL EXTERNAL GEL (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>eql hand sanitizer advanced external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql hand sanitizer external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql hand sanitizer/aloe external liquid</i>	Nivel 1	OTC
GERM-X CITRUS HAND SANITIZER EXTERNAL LIQUID (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
GERM-X ORIGINAL HAND SANITIZER EXTERNAL LIQUID (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>hand sanitizer/aloe/vitamin e external liquid</i>	Nivel 1	OTC
HANDCLEAN HAND SANITIZER EXTERNAL GEL (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>instant hand sanitizer external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>isopropyl alcohol external liquid</i>	Nivel 1	OTC
MEDI-FIRST ANTISEPTIC CLEANER EXTERNAL GEL (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
PREVACARE ANTIMICROBIAL EXTERNAL GEL (<i>ethyl alcohol (skin cleanser)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm advanced hand sanitizer external liquid</i>	Nivel 1	OTC
MEZCLAS DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>cvs antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>cvs antibiotic pain/scar external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>cvs poly bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>first aid antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>hm double antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm triple antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>kp double antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC
LANABIOTIC EXTERNAL OINTMENT (<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>meijer triple antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX ST EXTERNAL OINTMENT (<i>neomy-bacit-polymyx-pramoxine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
NEOSPORIN EXTERNAL OINTMENT (<i>bacitracin-polymyxin b</i>)	Nivel 1	OTC
NEOSPORIN/BURN RELIEF EXTERNAL OINTMENT (<i>neomy-bacit-polymyx-pramoxine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>poly bacitracin external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc triple antibiotic max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra antibiotic + pain relief external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>ra double antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm double antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>triple antibiotic external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>triple antibiotic plus max st external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 grams per 30 days)
<i>wal-sporin external ointment</i>	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS ANTISEBORREICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>cvs anti-dandruff external lotion</i>	Nivel 1	OTC
<i>dandruff shampoo external lotion</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql medicated dandruff external lotion</i>	Nivel 1	OTC
<i>selenium sulfide external lotion</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRODUCTOS DE ALQUITRÁN - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>coal tar external solution</i>	Nivel 2	
PRODUCTOS DE BAÑO - DRUGS FOR THE SKIN		
ALPHASOFT EXTERNAL OIL (<i>bath products</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs beauty 360 shower bath oil external oil</i>	Nivel 1	OTC
KERI MOISTURE RICH EXTERNAL OIL (<i>bath products</i>)	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS DE QUEMA - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>mafenide acetate external packet</i>	Nivel 2	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (<i>silver sulfadiazine</i>)	Nivel 2	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine</i> (Ssd (Silver Sulfadiazine) External Cream)	Nivel 1	
<i>silver sulfadiazine</i> (Ssd External Cream)	Nivel 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 2	
SULFAMYLON EXTERNAL PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS DE QUERATOSIS SEBORREICA - DRUGS FOR THE SKIN		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (<i>hydrogen peroxide</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>iliderm external emulsion</i>	Nivel 2	
PRODUCTOS PARA EL ACNÉ - DRUGS FOR THE SKIN		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin micronized</i>)	Nivel 2	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 day supply per 1 fill)
<i>isotretinoin</i> (Accutane Oral Capsule)	Nivel 1	PA
<i>acne foaming wash external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>acne maximum strength external cream</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>acne medication 10 external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>acne medication 10 external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (177 mL per 30 days)
<i>acne medication 2.5 external gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>acne medication 5 external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>acne medication 5 external lotion</i>	Nivel 1	OTC; QL (177 mL per 30 days)
<i>acne treatment external bar</i>	Nivel 1	OTC
<i>acne treatment external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>acne-clear external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>adapalene external cream</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene external pad</i>	Nivel 2	PA; QL (1 swab per 1 day)
<i>adapalene gel 0.1 % external (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene gel 0.1 % external (rx)</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene treatment external gel</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (45 grams per 30 days)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (<i>trifarotene</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pump per 1 day)
ALTRENO EXTERNAL LOTION (<i>tretinoin</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>isotretinoin</i> (Amnesteem Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (30 day supply per 1 fill)
ARAZLO EXTERNAL LOTION (<i>tazarotene</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATRALIN EXTERNAL GEL (<i>tretinoin</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin</i> (Avita External Cream)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin</i> (Avita External Gel)	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
AZELEX EXTERNAL CREAM (<i>azelaic acid</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 grams per 30 days)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	
<i>benzoyl peroxide cleanser external liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (171 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide wash external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>bp gel external gel 10 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>bp gel external gel 5 %</i>	Nivel 1	OTC
<i>bp wash external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>bpo foaming cloths external</i>	Nivel 1	OTC
CERAVE ACNE FOAMING CREAM EXTERNAL LIQUID (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>isotretinoin</i> (Claravis Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (30 day supply per 1 fill)
CLEAN & CLEAR PERSA-GEL MAX ST EXTERNAL GEL (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
CLEARASIL DAILY CLEAR ACNE EXTERNAL CREAM (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
CLEARASIL RAPID RESCUE SPOT EXTERNAL CREAM (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
CLEARSKIN EXTERNAL CREAM (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs acne cleansing external bar</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs acne control cleanser external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs acne external cream</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvx acne foaming face wash external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvx acne treatment external gel</i>	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
<i>cvx advanced 3-in-1 cleanser external liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvx foaming acne face wash external liquid</i>	Nivel 1	OTC
DIFFERIN EXTERNAL CREAM (<i>adapalene</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
DIFFERIN EXTERNAL GEL (<i>adapalene</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
DIFFERIN EXTERNAL LOTION (<i>adapalene</i>)	Nivel 2	PA; QL (59 mL per 30 days)
<i>effaclar duo external solution</i>	Nivel 1	OTC
FABIOR EXTERNAL FOAM (<i>tazarotene</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (30 day supply per 1 fill)
<i>isotretinoin oral capsule 25 mg, 35 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (30 day supply per 1 fill)
MEDPURA BENZOYL PEROXIDE EXTERNAL GEL (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC; QL (180 grams per 30 days)
MEDPURA BENZOYL PEROXIDE EXTERNAL LIQUID (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>isotretinoin</i> (Myorisan Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (30 day supply per 1 fill)
NEUTROGENA CLEAR PORE EXTERNAL LIQUID (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
PANOXYL CREAMY WASH EXTERNAL LIQUID (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
PANOXYL EXTERNAL LIQUID (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
PANOXYL FOAMING WASH EXTERNAL LIQUID (<i>benzoyl peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>ra daylogic acne foaming wash external foam</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RETIN-A EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A EXTERNAL GEL (<i>tretinoin</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL (<i>tretinoin microsphere</i>)	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL 0.04 %, 0.08 %, 0.1 % (<i>tretinoin microsphere</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL 0.06 % (<i>tretinoin microsphere</i>)	Nivel 2	QL (50 grams per 30 days)
<i>spot acne treatment external cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>tazarotene external foam</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin external cream</i>	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.05 %</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.1 %</i>	Nivel 1	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %</i>	Nivel 2	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.1 %</i>	Nivel 2	PA; QL (45 grams per 30 days)
WINLEVI EXTERNAL CREAM (<i>clascoterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>isotretinoin</i> (Zenatane Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (30 day supply per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRICES - DRUGS FOR THE SKIN		
JUVAZIN EXTERNAL GEL (<i>scar treatment products</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS PARA LA DERMATITIS DEL PAÑAL - DRUGS FOR THE SKIN		
AVEENO BABY SOOTHING MULTI-PUR EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
BALMEX MULTI-PURPOSE EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
CERAVE BABY HEALING OINTMENT EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
DESITIN MULTI-PURPOSE HEALING EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
MEDI-PASTE EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
PALADIN EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
PINXAV EXTERNAL OINTMENT (<i>diaper rash products</i>)	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS TÓPICOS VARIOS - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>arnica flower tincture</i>	Nivel 2	
QBREXZA EXTERNAL PAD (<i>glycopyrronium tosylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 cloth per 1 day)
PROTECTORES PARA LA PIEL - DRUGS FOR THE SKIN		
AMEDA TRIPLE ZERO LANOLIN EXTERNAL CREAM (<i>lanolin</i>)	Nivel 1	OTC
AMERICERIN EXTERNAL CREAM (<i>skin protectants, misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (480 grams per 30 days)
AMERISTORE EXTERNAL LOTION (<i>skin protectants, misc.</i>)	Nivel 1	OTC
<i>benzoin external tincture</i>	Nivel 2	
<i>eql hydrating beauty external lotion</i>	Nivel 1	OTC
HPA LANOLIN EXTERNAL CREAM (<i>lanolin</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lan-o-smooth external cream</i>	Nivel 1	OTC
LANSINOH LANOLIN EXTERNAL CREAM (<i>lanolin</i>)	Nivel 1	OTC
LANSINOH LANOLIN MINIS NIPPLE EXTERNAL CREAM (<i>lanolin</i>)	Nivel 1	OTC
LANSINOH LANOLIN NIPPLE EXTERNAL CREAM (<i>lanolin</i>)	Nivel 1	OTC
MEDELA TENDER CARE LANOLIN EXTERNAL CREAM (<i>lanolin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>medi-soothe external lotion</i>	Nivel 1	OTC
SUPERSOFT EXTERNAL LOTION (<i>skin protectants, misc.</i>)	Nivel 1	OTC
THERATEIN EXTERNAL LOTION (<i>skin protectants, misc.</i>)	Nivel 1	OTC
REEMPLAZOS DE TEJIDO - DRUGS FOR THE SKIN		
AFFINITY EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
EPIFIX EXTERNAL DISK (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
REEMPLAZOS DE TEJIDO CUTÁNEO - DRUGS FOR THE SKIN		
AFFINITY EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
<i>amphenol-40 injection suspension reconstituted</i>	Nivel 2	
EPICORD EXTERNAL SHEET (<i>umbilical cord allograft</i>)	Nivel 2	
EPIFIX EXTERNAL DISK (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
EPIFIX EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
NOVACHOR EXTERNAL SHEET (<i>chorion membrane allograft</i>)	Nivel 2	
NUSHIELD EXTERNAL DISK (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
NUSHIELD EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic memb-fluid allograft</i>)	Nivel 2	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic fluid allograft</i>)	Nivel 2	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
STRATAGRAFT EXTERNAL SHEET (<i>keratinocyte-fibroblast-dsat</i>)	Nivel 2	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	Nivel 2	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET (<i>skin allograft (human)</i>)	Nivel 2	
RETINOIDES ANTINEOPLÁSICOS - TÓPICOS - DRUGS FOR THE SKIN		
PANRETIN EXTERNAL GEL (<i>alitretinoin</i>)	Nivel 2	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
AGENTES ANTIDIARRÉICOS/PROBIÓTICOS VARIOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
LOMOTIL ORAL TABLET (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	Nivel 2	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>loperamide hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (<i>difenoxin-atropine</i>)	Nivel 2	
<i>px anti-diarrheal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIDIARRÉICOS - ANTAGONISTAS DE CANALES DE CLORURO - DRUGS FOR DIARRHEA		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>crofelemer</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIDIARRÉICOS/PROBIÓTICOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
RESTORA RX ORAL CAPSULE (<i>lactobacillus casei-folic acid</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE ANTIDIARRÉICOS - OPIÁCEOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>gnp anti-diarrheallanti-gas oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense anti-diarrlant-gas oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm anti-diarrheal anti-gas oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>loperamide-simethicone oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS - HORMONES		
*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS*** - HORMONES		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG (<i>osilodrostat phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
ISTURISA ORAL TABLET 10 MG (<i>osilodrostat phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)*** - DRUGS FOR THYROID		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>teprotumumab-trbw</i>)	Nivel 2	PA; MB
*MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosdenopterin hydrobromide</i>)	Nivel 2	MB
*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
KERENDIA ORAL TABLET (<i>finerenone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ABORTIFACIENTES - ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE PROGESTERONA - DRUGS FOR WOMEN		
MIFEPREX ORAL TABLET (<i>mifepristone</i>)	Nivel 2	
<i>mifepristone oral tablet</i>	Nivel 2	
AGENTES CALCIOMIMÉTICOS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etelcalcetide hcl</i>)	Nivel 2	MB
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>cinacalcet hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (<i>cinacalcet hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
AGENTES DE SOMATOSTATINA - DRUGS FOR GROWTH		
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>octreotide acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 blister pack per 7 days)
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	PA; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (<i>octreotide acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>pasireotide pamoate</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pasireotide diaspartate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 ampules per 1 day)
AGENTES PARA LA HIPOFOSFATASIA (HPP) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>asfotase alfa</i>)	Nivel 2	PA; SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cabergoline oral tablet</i>	Nivel 1	QL (16 tablets per 28 days)
ANÁLOGOS DE LEPTINA - HORMONES		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>metreleptin</i>)	Nivel 2	PA; MB
ANTAGONISTAS DEL GNRH/LHRH - DRUGS FOR WOMEN		
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (<i>elagolix sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ARGININA VASOPRESINA V1A/V2 (AVP) - HORMONES		
VAPRISOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>conivaptan hcl in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO - DRUGS FOR GROWTH		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG (<i>pegvisomant</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 injection per 1 day)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 15 MG (<i>pegvisomant</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 vials per 1 day)
ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE RECEPTORES DE VASOPRESINA V2 - HORMONES		
JYNARQUE ORAL TABLET (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 15 MG (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 30 & 15 MG, 45 & 15 MG, 60 & 30 MG, 90 & 30 MG (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (<i>tolvaptan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	Nivel 2	SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
BISFOSFONATOS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (<i>risedronate sodium</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 28 days)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (<i>risedronate sodium</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 30 days)
<i>alendronate sodium oral solution</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 30 days)
ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>risedronate sodium</i>)	Nivel 2	
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (<i>alendronate sodium</i>)	Nivel 2	
BONIVA ORAL TABLET (<i>ibandronate sodium</i>)	Nivel 2	
FOSAMAX ORAL TABLET (<i>alendronate sodium</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 30 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 30 days)
<i>ibandronate sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>pamidronate disodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zoledronic acid</i>)	Nivel 2	MB; QL (100 mL per 273 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 28 days)
<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 30 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	
<i>zoledronic acid intravenous concentrate</i>	Nivel 2	MB
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml</i>	Nivel 2	MB
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	Nivel 2	MB; QL (100 mL per 273 days)
CALCITONINAS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	Nivel 1	
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (<i>calcitonin (salmon)</i>)	Nivel 2	MB
CORTICOTROPINA - HORMONES		
ACTHAR INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	Nivel 2	PA; MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEFICIENCIA DE LA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA (LIPA) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sebelipase alfa</i>)	Nivel 2	MB
ENFERMEDAD DE FABRY - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>agalsidase beta</i>)	Nivel 2	MB
GALAFOLD ORAL CAPSULE (<i>migalastat hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (14 capsules per 28 days)
FACTORES DE CRECIMIENTO DE TIPO INSULINA (SOMATOMEDINAS) - HORMONES		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>mecasermin</i>)	Nivel 2	PA; SP
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tesamorelin acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 vial per 1 day)
HORMONA PARATIROIDEA Y DERIVADOS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>teriparatide (recombinant)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>parathyroid hormone (recomb)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 cartridges per 28 days)
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 2	SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>abaloparatide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pen per 30 days)
HORMONAS DEL CRECIMIENTO - DRUGS FOR GROWTH		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 vials per 1 day)
HUMATROPE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
SAIZEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
SAIZENPREP INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 cartridges per 28 days)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 cartridges per 28 days)
ZOMACTON (FOR ZOMA-JET 10) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG (<i>somatropin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 vials per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (28 injections per 28 days)
INHIBIDORES DE ESCLEROSIS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>romosozumab-aqqg</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (2 syringes per 30 days)
INHIBIDORES DE LA GLÁNDULA PITUITARIA DE LHRH/ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA GNRH - DRUGS FOR WOMEN		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 injection per 24 weekss)
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (<i>histrelin acetate (cpp)</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 implant per 1 year)
SYNAREL NASAL SOLUTION (<i>nafarelin acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (5 bottles per 30 days)
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triptorelin pamoate</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 kit per 24 weeks)
INHIBIDORES DEL LIGANDO RANK (RANKL) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>denosumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringe per 6 monthss)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>denosumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 vial per 28 days)
MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (SERM) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVISTA ORAL TABLET (<i>raloxifene hcl</i>)	Nivel 2	
OSPHENA ORAL TABLET (<i>ospemifene</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
MUCOPOLISACARIDOSIS I (MPS I) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>laronidase</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUCOPOLISACARIDOSIS II (MPS II) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idursulfase</i>)	Nivel 2	MB
MUCOPOLISACARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>elosulfase alfa</i>)	Nivel 2	MB
MUCOPOLISACARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>galsulfase</i>)	Nivel 2	MB
MUCOPOLISACARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vestronidase alfa-vjvk</i>)	Nivel 2	MB
REFORZADOR DE LA CARNITINA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	Nivel 2	MB
CARNITOR ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	Nivel 2	
CARNITOR ORAL TABLET (<i>levocarnitine</i>)	Nivel 2	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	Nivel 2	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	Nivel 2	
TRASTORNOS EN EL CICLO DE LA UREA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sod benz-sod phenylacet</i>)	Nivel 2	MB
BUPHENYL ORAL POWDER (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (750 grams per 30 days)
BUPHENYL ORAL TABLET (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (40 tablets per 1 day)
<i>citrulline easy oral tablet extended release</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RAVICTI ORAL LIQUID (<i>glycerol phenylbutyrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (17.5 mL per 1 day)
<i>sod benz-sod phenylacet intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (750 grams per 30 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (40 tablets per 1 day)
TRATAMIENTO CON FENILBUTAZONAS - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
KUVAN ORAL PACKET (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	Nivel 2	PA; SP
KUVAN ORAL TABLET (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	Nivel 2	PA; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	Nivel 2	PA; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringe per 1 day)
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP
TRATAMIENTO DE LA ACIDURIA ORÓTICA HEREDITARIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XURIDEN ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 packets per 1 day)
TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CARBAGLU ORAL TABLET (<i>carglumic acid</i>)	Nivel 2	PA; SP
TRATAMIENTO DE LA HOMOCISTINURIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CYSTADANE ORAL POWDER (<i>betaine</i>)	Nivel 2	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRATAMIENTO DE LA INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE (IDCG) POR DÉFICIT DE ADENOSINA DESAMINASA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>elapegademase-ivlr</i>)	Nivel 2	PA; MB
TRATAMIENTO DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 (HT-1) HEREDITARIA - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>nitisinone oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP
NITYR ORAL TABLET (<i>nitisinone</i>)	Nivel 2	PA; SP
ORFADIN ORAL CAPSULE (<i>nitisinone</i>)	Nivel 2	PA; SP
ORFADIN ORAL SUSPENSION (<i>nitisinone</i>)	Nivel 2	PA; SP
TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO - ANÁLOGOS DE VITAMINA D - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitriol intravenous solution</i>	Nivel 2	PA; MB
<i>calcitriol oral capsule</i>	Nivel 1	PA
<i>calcitriol oral solution</i>	Nivel 1	PA
<i>doxercalciferol intravenous solution</i>	Nivel 2	PA; MB
<i>doxercalciferol oral capsule</i>	Nivel 2	PA
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxercalciferol</i>)	Nivel 2	PA; MB
<i>paricalcitol intravenous solution</i>	Nivel 2	PA; MB
<i>paricalcitol oral capsule</i>	Nivel 2	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>calcifediol</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
ROCALTROL ORAL CAPSULE (<i>calcitriol</i>)	Nivel 2	PA
ROCALTROL ORAL SOLUTION (<i>calcitriol</i>)	Nivel 2	PA
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>paricalcitol</i>)	Nivel 2	PA; MB
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>burosumab-twza</i>)	Nivel 2	MB
TRATAMIENTO PARA LA DEFICIENCIA DE LA ALFA-GLUCOSIDASA ÁCIDA (GAA) - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alglucosidase alfa</i>)	Nivel 2	MB
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>avalglucosidase alfa-ngpt</i>)	Nivel 2	MB
TRATAMIENTO PARA LA DEFICIENCIA DE LA TRIPEPTIDIL PEPTIDASA 1 - AGENTES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
BRINEURA KIT (<i>cerliponase alfa</i>)	Nivel 2	MB
VASOPRESINA - HORMONES		
DDAVP INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 2	MB
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 2	MB
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	Nivel 1	
<i>desmopressin acetate injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate pf injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	Nivel 1	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
STIMATE NASAL SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vasopressin</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*IBS AGENT - 5-HT4 RECEPTOR PARTIAL AGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
ZELNORM ORAL TABLET (<i>tegaserod maleate</i>)	Nivel 2	PA
*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (<i>odevixibat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (30 capsules per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (<i>odevixibat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (<i>odevixibat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (<i>odevixibat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION (<i>maralixibat chloride</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 bottles per 30 days)
ACIDULANTES INTESTINALES - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>enulose oral solution</i>	Nivel 1	QL (4800 mL per 30 days)
<i>generlac oral solution</i>	Nivel 1	QL (4800 mL per 30 days)
<i>lactulose encephalopathy oral solution</i>	Nivel 1	QL (4800 mL per 30 days)
ACTIVADORES DE CANALES DE CLORURO GASTROINTESTINALES - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
AMITIZA ORAL CAPSULE (<i>lubiprostone</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>lubiprostone oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO - DRUGS FOR THE STOMACH		
AURYXIA ORAL TABLET (<i>ferric citrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>calcium acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
CALPHRON ORAL TABLET (<i>calcium acetate (phos binder)</i>)	Nivel 1	PA; OTC
FOSRENOL ORAL PACKET (<i>lanthanum carbonate</i>)	Nivel 2	PA
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE (<i>lanthanum carbonate</i>)	Nivel 2	PA
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION (<i>calcium acetate (phos binder)</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 mL per 1 day)
RENAGEL ORAL TABLET (<i>sevelamer hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (17 tablets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET (<i>sevelamer carbonate</i>)	Nivel 2	PA
RENVELA ORAL TABLET (<i>sevelamer carbonate</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet</i>	Nivel 1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	Nivel 2	QL (15 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	Nivel 2	QL (17 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	Nivel 2	PA
AGENTES ANTIALERGÉNICOS GASTROINTESTINALES - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	Nivel 2	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (<i>cromolyn sodium</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES CIC - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C) - DRUGS FOR CONSTIPATION		
TRULANCE ORAL TABLET (<i>plecanatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
AGENTES DE ANOMALÍAS EN LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS BILIARES - DRUGS FOR THE STOMACH		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (<i>cholic acid</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
AGENTES PARA EL IBS - AGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE MU - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
VIBERZI ORAL TABLET (<i>eluxadoline</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES PARA EL IBS - ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO 5-HT3 - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>alose tron hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LOTRONEX ORAL TABLET (<i>alose tron hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBS) - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C) - DRUGS FOR CONSTIPATION		
LINZESS ORAL CAPSULE (<i>linaclotide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
AGENTES PARA LA INFLAMACIÓN INTESTINAL - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	QL (4 capsules per 1 day)
ASACOL HD ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>sulfasalazine</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
AZULFIDINE ORAL TABLET (<i>sulfasalazine</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	Nivel 1	QL (9 capsules per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	QL (1 suppository per 1 day)
COLAZAL ORAL CAPSULE (<i>balsalazide disodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 capsules per 1 day)
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE (<i>olsalazine sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	Nivel 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>mesalamine rectal enema</i>	Nivel 1	QL (1680 mL per 28 days)
<i>mesalamine rectal suppository</i>	Nivel 2	QL (1 suppository per 1 day)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	Nivel 1	QL (1680 mL per 28 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 capsules per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT (<i>mesalamine-cleanser</i>)	Nivel 2	QL (1680 mL per 28 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA (<i>mesalamine</i>)	Nivel 2	QL (1680 mL per 28 days)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
AGENTES SOLUBILIZANTES DE CÁLCULOS BILIARES - DRUGS FOR THE STOMACH		
CHENODAL ORAL TABLET (<i>chenodiol</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (7 tablets per 1 day)
RELTONE ORAL CAPSULE (<i>ursodiol</i>)	Nivel 2	PA
URSO 250 ORAL TABLET (<i>ursodiol</i>)	Nivel 2	
URSO FORTE ORAL TABLET (<i>ursodiol</i>)	Nivel 2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet</i>	Nivel 1	
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR) - DRUGS FOR THE STOMACH		
OALIVA ORAL TABLET (<i>obeticholic acid</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2) - DRUGS FOR THE STOMACH		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT (<i>teduglutide (rdna)</i>)	Nivel 2	PA; SP
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 vials per 1 time fill)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT4 - DRUGS FOR THE STOMACH		
MOTEGRITY ORAL TABLET (<i>prucalopride succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LAS INTEGRINAS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vedolizumab</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 vial per 56 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE PERIFÉRICO - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>alvimopan oral capsule</i>	Nivel 2	
ENTEREG ORAL CAPSULE (<i>alvimopan</i>)	Nivel 2	
MOVANTIK ORAL TABLET (<i>naloxegol oxalate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 vial per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET (<i>naldemedine tosylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIFLATULENTOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>cvs gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>drxchoice gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq gas relief extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq infants gas relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql gas gone oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gas relief drops infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>gas relief infants oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
GAS-X INFANT DROPS ORAL LIQUID (<i>simethicone</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp anti-gas oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp infant gas relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm gas relief extra strength oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>infants gas relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
MOMMY'S BLISS GAS RELIEF DROPS ORAL SUSPENSION (<i>simethicone</i>)	Nivel 1	OTC
PEDIACARE INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION (<i>simethicone</i>)	Nivel 1	OTC
PHAZYME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>simethicone</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc gas relief extra strength oral capsule</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc gas relief extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra gas relief ultra strength oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb anti-gas oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb gas relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb gas relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>simeped oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>simethicone drops infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>simethicone extra strength oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>simethicone ultra strength oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm gas relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
BLOQUEADORES ALFA DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-axxq</i>)	Nivel 1	PA; MB
CIMZIA PREFILLED SUBCUTANEOUS KIT (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS KIT (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>certolizumab pegol</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 30 days)
INFLECTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-dyyb</i>)	Nivel 2	MB
<i>infliximab intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab</i>)	Nivel 2	MB
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-abda</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>dexpanthenol injection solution</i>	Nivel 2	
GIMOTI NASAL SOLUTION (<i>metoclopramide hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 4 weekss)
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	Nivel 1	QL (60 mL per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (12 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (12 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 5 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA - DRUGS FOR DIARRHEA		
XERMELO ORAL TABLET (<i>telotristat etiprate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>Jumasiran sodium</i>)	Nivel 2	SP
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - IRRIGANTES GENITOURINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES PARA CÁLCULOS URINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
LITHOSTAT ORAL TABLET (<i>acetohydroxamic acid</i>)	Nivel 2	
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG (<i>tiopronin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 tablets per 1 day)
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 300 MG (<i>tiopronin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
THIOLA ORAL TABLET (<i>tiopronin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 tablets per 1 day)
<i>tiopronin oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (10 tablets per 1 day)
AGENTES PARA LA CISTINOSIS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 2	SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 2	PA; SP
PROCYSBI ORAL PACKET (<i>cysteamine bitartrate</i>)	Nivel 2	PA; SP
AGENTES PARA LA CISTITIS INTERSTICIAL - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
ELMIRON ORAL CAPSULE (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (<i>dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 2	
ANALGÉSICOS URINARIOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>azo tabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs urinary pain relief max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq urinary pain relief max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp urinary pain relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
PHENAZO ORAL TABLET (<i>phenazopyridine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc azo oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc urinary pain relief max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc urinary pain relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb urinary pain relief max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb urinary pain relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm urinary pain relief max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>urinary pain relief max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
ANTAGONISTAS DE ADRENORECEPTORES ALFA 1 - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>doxazosin mesylate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
FLOMAX ORAL CAPSULE (<i>tamsulosin hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
RAPAFLO ORAL CAPSULE (<i>silodosin</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>silodosin oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>alfuzosin hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CITRATOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>pot & sod cit-cit ac oral solution</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium citrate-citric acid oral solution</i>	Nivel 1	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	Nivel 2	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	Nivel 2	
UROCIT-K 5 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE AGENTES DE REFLUJO VESICoureTERAL (VUR) - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (<i>dextranomer-hyaluronic acid</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
JALYN ORAL CAPSULE (<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
FOSFATOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (<i>pot & sod ac phosphates</i>)	Nivel 2	
INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA - DRUGS FOR THE PROSTATE		
AVODART ORAL CAPSULE (<i>dutasteride</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>dutasteride oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>finasteride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
PROSCAR ORAL TABLET (<i>finasteride</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
IRRIGANTES GENITOURINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>acetic acid irrigation solution</i>	Nivel 2	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> (Argyle Sterile Saline Irrigation Solution)	Nivel 1	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> (Curity Sterile Saline Irrigation Solution)	Nivel 1	
<i>glycine irrigation solution</i>	Nivel 2	
<i>glycine urologic irrigation solution</i>	Nivel 2	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (<i>citric ac-gluconolact-mg carb</i>)	Nivel 2	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	Nivel 1	
<i>sorbitol irrigation solution</i>	Nivel 2	
<i>sorbitol-mannitol irrigation solution</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>givosiran sodium</i>)	Nivel 2	PA; SP
*THROMBOLYTIC AGENT - MISC*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>defibrotide sodium</i>)	Nivel 2	MB
ACTIVADORES DEL PLASMINÓGENO TISULAR - DRUGS FOR THE BLOOD		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	Nivel 2	MB
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	Nivel 2	MB
RETAVASE HALF-KIT INTRAVENOUS KIT (<i>reteplase</i>)	Nivel 2	MB
RETAVASE INTRAVENOUS KIT (<i>reteplase</i>)	Nivel 2	MB
TNKASE INTRAVENOUS KIT (<i>tenecteplase</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES ANTI FACTOR VON WILLEBRAND - DRUGS FOR THE BLOOD		
CABLIVI INJECTION KIT (<i>caplacizumab-yhdp</i>)	Nivel 2	PA; SP
AGENTES DE QUINAZOLINA - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGRYLIN ORAL CAPSULE (<i>anagrelide hcl</i>)	Nivel 2	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	Nivel 1	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	Nivel 1	
AGENTES HEMORREOLÓGICOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES B2 DE LA BRADICININA - DRUGS FOR THE BLOOD		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>icatibant acetate</i>)	Nivel 2	MB
<i>icatibant acetate subcutaneous solution</i>	Nivel 1	MB
<i>icatibant acetate</i> (Sajazir Subcutaneous Solution)	Nivel 1	MB
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR-1 DE PROTEASA ACTIVADA (PAR-1) - DRUGS FOR THE BLOOD		
ZONTIVITY ORAL TABLET (<i>vorapaxar sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>aspirin-omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
DERIVADOS DE LA CICLO-PENTIL-TRIAZOLO-PIRIMIDINA (CPTP) - DRUGS FOR THE BLOOD		
KENREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cangrelor tetrasodium</i>)	Nivel 2	MB
DERIVADOS DE LA TIENOPIRIDINA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 30 days)
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
EFFIENT ORAL TABLET 10 MG (<i>prasugrel hcl</i>)	Nivel 2	
EFFIENT ORAL TABLET 5 MG (<i>prasugrel hcl</i>)	Nivel 2	DO
PLAVIX ORAL TABLET (<i>clopidogrel bisulfate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
EXPANSORES PLASMÁTICOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
HESPAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>hetastarch-nacl</i>)	Nivel 2	MB
<i>hetastarch-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>hetastarch in lact electrolyte</i>)	Nivel 2	MB
LMD IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dextran 40 in d5w</i>)	Nivel 2	MB
LMD IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dextran 40 in saline</i>)	Nivel 2	MB
HEMINA - DRUGS FOR THE BLOOD		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hemin</i>)	Nivel 2	MB
INHIBIDORES COMPLEMENTARIOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pegcetacoplan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (9 vials per 28 days)
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eculizumab</i>)	Nivel 2	MB
TAVNEOS ORAL CAPSULE (<i>avacopan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	Nivel 2	MB
INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	Nivel 1	
DURLAZA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>aspirin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
INHIBIDORES DE C1 - DRUGS FOR THE BLOOD		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	Nivel 1	MB
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	Nivel 2	PA; SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (24 vials per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (16 vials per 30 days)
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (recomb)</i>)	Nivel 1	MB
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanadelumab-flyo</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 syringes per 28 days)
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA - DRUGS FOR THE BLOOD		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ecallantide</i>)	Nivel 1	MB
ORLADEYO ORAL CAPSULE (<i>berotralstat hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA III - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>cilostazol oral tablet</i>	Nivel 1	
INHIBIDORES DE TIROSINAS-CINASAS (SYK) - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAVALISSE ORAL TABLET (<i>fostamatinib disodium</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE LA GLICOPROTEÍNA IIB/IIIA - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>tirofiban hcl</i>)	Nivel 2	MB
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tirofiban hcl in nacl</i>)	Nivel 2	MB
<i>eptifibatide intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES - DRUGS FOR THE BLOOD		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>emicizumab-kxwh</i>)	State Carve-out	SCO
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	State Carve-out	SCO
<i>adynovate intravenous solution reconstituted</i>	State Carve-out	SCO
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophil fact single chain</i>)	State Carve-out	SCO
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	State Carve-out	SCO
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix</i>)	State Carve-out	SCO
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rfixfc)</i>)	State Carve-out	SCO
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	State Carve-out	SCO
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor x (human)</i>)	State Carve-out	SCO
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (<i>factor xiii concentrate human</i>)	State Carve-out	SCO
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviiiifc)</i>)	State Carve-out	SCO
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemoph fact rcmb gpeg-exei</i>)	State Carve-out	SCO
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antiinhibitor coagulant cmplx</i>)	State Carve-out	SCO
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	Nivel 2	MB
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	State Carve-out	SCO
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rix-fp)</i>)	State Carve-out	SCO
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	State Carve-out	SCO
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ahf (bdd-rfviii peg-aucl)</i>)	State Carve-out	SCO
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (<i>prothrombin complex conc human</i>)	Nivel 2	MB
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	State Carve-out	SCO
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	State Carve-out	SCO
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	State Carve-out	SCO
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	State Carve-out	SCO
MONONINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix</i>)	State Carve-out	SCO
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil fact bd truncated</i>)	State Carve-out	SCO
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia recomb</i>)	State Carve-out	SCO
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	State Carve-out	SCO
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	State Carve-out	SCO
<i>obizur intravenous solution reconstituted</i>	State Carve-out	SCO
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>factor ix complex</i>)	State Carve-out	SCO
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix glycopeg</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	State Carve-out	SCO
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	Nivel 2	MB
<i>rixubis intravenous solution reconstituted</i>	State Carve-out	SCO
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia-jncw</i>)	Nivel 2	MB
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor xiii a-sub</i>)	State Carve-out	SCO
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>von willebrand factor (recomb)</i>)	State Carve-out	SCO
WILATE INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	State Carve-out	SCO
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i>)	State Carve-out	SCO
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i>)	State Carve-out	SCO
PROTAMINA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>protamine sulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
PROTEÍNA C HUMANA - DRUGS FOR THE BLOOD		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>protein c concentrate (human)</i>)	Nivel 2	MB
PROTEÍNAS PLASMÁTICAS - DRUGS FOR THE BLOOD		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
<i>albumin human intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human-kjda</i>)	Nivel 2	MB
<i>albumin-zlb intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alburx intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
HUMAN ALBUMIN GRIFOLS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
<i>kedbumin intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	Nivel 2	MB
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	Nivel 2	MB
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	Nivel 2	MB
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	Nivel 2	MB
PLASBUMIN-25 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
PLASBUMIN-5 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	Nivel 2	MB
PLASMANATE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma protein fraction</i>)	Nivel 2	MB
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT (<i>antithrombin iii (human)</i>)	Nivel 2	
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT (<i>antithrombin iii (human)</i>)	State Carve-out	SCO
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS - DRUGS FOR NUTRITION		
*ERYTHROID MATURATION AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>luspatercept-aamt</i>)	Nivel 2	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HEMOGLOBIN S (HBS) POLYMERIZATION INHIBITORS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
OXBRYTA ORAL TABLET (<i>voxelotor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
*SELECTIN BLOCKERS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>crizanlizumab-tmca</i>)	Nivel 2	MB
ÁCIDO FÓLICO/FOLATO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>folate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>folic acid injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>px folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>yl folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
AGENTES CITOTÓXICOS - DRUGS FOR NUTRITION		
DROXIA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 1	
SIKLOS ORAL TABLET (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 2	PA; SP
AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS (ESA) - DRUGS FOR NUTRITION		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 mL per 28 days)
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 200 MCG/0.4ML, 40 MCG/0.4ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1.6 mL per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MCG/0.5ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 mL per 28 days)
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MCG/0.3ML, 60 MCG/0.3ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1.2 mL per 28 days)
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.42ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1.68 mL per 28 days)
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.6ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2.4 mL per 28 days)
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 mL per 28 days)
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (12 mL per 28 days)
EPOGEN INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (12 vials per 28 days)
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>methoxy peg-epoetin beta</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (0.6 mL per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (12 mL per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (12 vials per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (12 mL per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	Nivel 1	PA; MB; QL (12 mL per 28 days)
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER - DRUGS FOR NUTRITION		
CERDELGA ORAL CAPSULE (<i>eliglustat tartrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imiglucerase</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>taliglucerase alfa</i>)	Nivel 2	MB
<i>miglustat oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velaglucerase alfa</i>)	Nivel 2	MB
ZAVESCA ORAL CAPSULE (<i>miglustat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA (TPO) - DRUGS FOR NUTRITION		
DOPTELET ORAL TABLET (<i>avatrombopag maleate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 tablets per 30 days)
MULPLETA ORAL TABLET (<i>lusutrombopag</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (7 tablets per 1 fill)
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romiplostim</i>)	Nivel 2	PA; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 day)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 packs per 1 day)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; DO; QL (1 tablet per 1 day)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
AMINOÁCIDOS - DRUGS FOR NUTRITION		
ENDARI ORAL PACKET (<i>glutamine (sickle cell)</i>)	Nivel 2	PA; SP
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR CXCR4 - DRUGS FOR NUTRITION		
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>plerixafor</i>)	Nivel 2	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COBALAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION		
B-12 MICROLOZENGE SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>cyanocobalamin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>b-12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-12-sl sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs b12 quick dissolve oral lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs b-12 sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs vitamin b-12 sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	Nivel 1	
<i>cyanocobalamin injection solution 2000 mcg/ml</i>	Nivel 2	
<i>eql b-12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</i>	Nivel 1	MB
<i>methylcobalamin injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	
NASCOBAL NASAL SOLUTION (<i>cyanocobalamin</i>)	Nivel 2	
<i>qc vitamin b12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin b12 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin b12 sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b 12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b-12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b12 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b12 sublingual liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b-12 sublingual liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b-12 sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE ÁCIDO FÓLICO/FOLATO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>fa-vitamin b-6-vitamin b-12 oral tablet</i>	Nivel 1	
FOLGARD RX ORAL TABLET (<i>folic acid-vit b6-vit b12</i>)	Nivel 2	
FOLTABS 800 ORAL TABLET (<i>folic acid-vit b6-vit b12</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MILLGUARD ORAL TABLET (<i>folic acid-vit b6-vit b12</i>)	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE COBALAMINA - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>lipo-b intramuscular solution</i>	Nivel 2	
<i>neurin-sl sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 2	
COMBINACIONES DE HIERRO - DRUGS FOR NUTRITION		
ABATRON AF ORAL TABLET (<i>iron-dss-b12-fa-c-e-cu-biotin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>foltrin oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>gentle iron oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE (<i>fe fum-vit c-vit b12-fa</i>)	Nivel 2	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE (<i>iron combinations</i>)	Nivel 1	
HEMAX ORAL TABLET (<i>iron-dss-b12-fa-c-e-cu-biotin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>iron complex oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>iron-vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
ERITROPOYETINA - DRUGS FOR NUTRITION		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 mL per 28 days)
FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS Y MACRÓFAGOS (GM-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sargramostim</i>)	Nivel 2	PA; SP
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-jmdb</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>tbo-filgrastim</i>)	Nivel 2	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tbo-filgrastim</i>)	Nivel 2	PA; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>pegfilgrastim</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 injectors per 28 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim</i>)	Nivel 2	PA; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim</i>)	Nivel 2	PA; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim-aafi</i>)	Nivel 2	PA; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-aafi</i>)	Nivel 2	PA; SP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-apgf</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-sndz</i>)	Nivel 1	PA; SP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-bmez</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
HIERRO - DRUGS FOR NUTRITION		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (<i>ferric maltol</i>)	Nivel 2	
BPROTECTED PEDIA IRON ORAL SOLUTION (<i>ferrous sulfate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>easy iron oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql carbonyl iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql iron supplement therapy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>fe tabs oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferumoxytol</i>)	Nivel 2	MB
FERGON ORAL TABLET (<i>ferrous gluconate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
FEROSUL ORAL TABLET (<i>ferrous sulfate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>)	Nivel 2	MB
<i>ferrotabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>ferrous gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>ferrous sulfate er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>ferrous sulfate oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>ferrous sulfate oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
<i>ferrous sulfate oral tablet 27 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>ferumoxytol intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fe-vite iron oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
GOODSENSE IRON ORAL TABLET (<i>ferrous sulfate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
INFED INJECTION SOLUTION (<i>iron dextran</i>)	Nivel 1	MB
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferric carboxymaltose</i>)	Nivel 2	MB
<i>iron (ferrous sulfate) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>iron high-potency oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>iron high-potency oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>iron slow release oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>iron supplement childrens oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>iron supplement oral elixir</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp ferrous gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>kp ferrous sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>meijer ferrous sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferric derisomaltose</i>)	Nivel 2	MB
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</i>	Nivel 1	MB
<i>nat-rul iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>pc pediatric iron drops oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>polysaccharide iron complex oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>px iron oral tablet 200 (65 fe) mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>px iron oral tablet 27 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc ferrous sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>slow release iron oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>sm slow release iron oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRIFERIC AVNU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 2	MB
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 2	
TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION (<i>ferric pyrophosphate citrate</i>)	Nivel 2	
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iron sucrose</i>)	Nivel 1	MB
AGENTES HEMOSTÁTICOS - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGENTES HEMOSTÁTICOS SISTÉMICOS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
AMICAR ORAL SOLUTION (<i>aminocaproic acid</i>)	Nivel 2	QL (120 mL per 1 day)
AMICAR ORAL TABLET 1000 MG (<i>aminocaproic acid</i>)	Nivel 2	
AMICAR ORAL TABLET 500 MG (<i>aminocaproic acid</i>)	Nivel 2	QL (60 tablets per 1 day)
<i>aminocaproic acid intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aminocaproic acid oral solution</i>	Nivel 2	QL (120 ML per 1 day)
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 2	
<i>aminocaproic acid oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tranexamic acid</i>)	Nivel 2	MB
LYSTEDA ORAL TABLET (<i>tranexamic acid</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranexamic acid intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranexamic acid-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
AGENTES HEMOSTÁTICOS TÓPICOS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	Nivel 2	
AVITENE EXTERNAL PAD (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENDO AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	Nivel 2	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	Nivel 2	
INSTANT EXTERNAL PAD (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	Nivel 2	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	Nivel 2	
INTERCEED EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	Nivel 2	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	Nivel 2	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	Nivel 2	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	Nivel 2	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	Nivel 2	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	Nivel 2	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (<i>absorbable fibrin sealant</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	Nivel 2	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	Nivel 2	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	Nivel 2	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	Nivel 2	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	Nivel 2	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES HEMOSTÁTICAS TÓPICAS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	Nivel 2	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	Nivel 2	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	Nivel 2	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	Nivel 2	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl</i>)	Nivel 2	
TISSEEL EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	Nivel 2	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS - DRUGS FOR THE NOSE		
AGENTES NASALES VARIOS - ALLERGY		
AFRIN SALINE NASAL MIST NASAL SOLUTION (<i>saline</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 fills per 30 days)
<i>meijer saline nasal spray nasal solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 fills per 30 days)
NASAL MOIST NASAL SOLUTION (<i>saline</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 fills per 30 days)
NOZIN NASAL SANITIZER NASAL KIT (<i>alcohol</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc saline nasal relief nasal solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 fills per 30 days)
ANESTÉSICOS NASALES - ALLERGY		
<i>goprelto nasal solution</i>	Nivel 2	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (<i>cocaine hcl (nasal anesthetic)</i>)	Nivel 2	
ANTICOLINÉRGICOS NASALES - ALLERGY		
<i>ipratropium bromide nasal solution</i>	Nivel 1	
ANTIISTAMÍNICOS ESTEROIDES - ALLERGY		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension</i>	Nivel 2	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (<i>azelastine-fluticasone</i>)	Nivel 2	QL (1 bottle per 30 days)
ANTIISTAMÍNICOS NASALES - ALLERGY		
<i>azelastine hcl nasal solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 25 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	Nivel 2	
PATANASE NASAL SOLUTION (<i>olopatadine hcl</i>)	Nivel 2	
DESCONGESTIVOS SISTÉMICOS - ALLERGY		
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs nasal decongestant oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eql nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>meijer nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>nasal decongestant 12hr oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>nasal decongestant max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>px nasal decongestant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra sinus/congestion relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra sinus/congestion relief oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra suphedrine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sinus 12 hour oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>sinus congestion max strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET (<i>pseudoephedrine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG (<i>pseudoephedrine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
SUDOGEST ORAL TABLET 60 MG (<i>pseudoephedrine hcl</i>)	Nivel 1	AL; OTC
WAL-PHED ORAL TABLET (<i>pseudoephedrine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ESTEROIDES NASALES - ALLERGY		
<i>allergy relief nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>allergy spray 24 hour nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>allergy spray 24 hour nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
BECONASE AQ NASAL SUSPENSION (<i>beclomethasone diprop monohyd</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>budesonide nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 inhalers per 30 days)
CLARISPRAY NASAL SUSPENSION (<i>fluticasone propionate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>cvs budesonide nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 inhalers per 30 days)
<i>cvs fluticasone propionate nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>cvs nasal allergy spray nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>eq allergy relief nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>eq budesonide nasal nasal suspension</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (2 inhalers per 30 days)
<i>eq nasal allergy nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>eql fluticasone childrens nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>eql fluticasone propionate nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>flunisolide nasal solution</i>	Nivel 2	PA; QL (3 bottles per 30 days)
<i>fluticasone propionate suspension 50 mcglact nasal (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate suspension 50 mcglact nasal (rx)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>gnp 24 hour nasal allergy nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp budesonide nasal spray nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 inhalers per 30 days)
<i>gnp fluticasone propionate nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>goodsense nasal allergy spray nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>hm 24 hour nasal allergy nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>hm allergy relief nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
KLS ALLER-CORT NASAL AEROSOL (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
KLS ALLER-FLO NASAL SUSPENSION (<i>fluticasone propionate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>nasal allergy 24 hour nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
OMNARIS NASAL SUSPENSION (<i>ciclesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	
PROPEL NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	
<i>qc allergy relief nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>beclomethasone diprop (nasal)</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 grams per 30 days)
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>beclomethasone diprop (nasal)</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>ra budesonide nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 inhalers per 30 days)
<i>ra nasal allergy nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
SINUVA NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm allergy relief nasal suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 inhaler per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 30 days)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION (<i>fluticasone propionate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
ZETONNA NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>ciclesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 inhaler per 30 days)
AGENTES NEUROMUSCULARES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-GENE THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG INTRAVENOUS KIT (<i>onasemnogene abeparvovec-xioi</i>)	Nivel 2	MB
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>risdiplam</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (5 mg per 1 day)
AGENTES PARA LA DISTROFIA MUSCULAR - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>amondys 45 intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eteplirsén</i>)	Nivel 2	MB
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>viltolarsén</i>)	Nivel 2	MB
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golodirsén</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) - MISCELÁNEOS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>edaravone</i>)	Nivel 2	MB
ATROFIA MUSCULAR ESPINAL - OLIGONUCLEÓTIDOS ANTISENTIDO - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
SPINRAZA INTRATHECAL SOLUTION (<i>nusinersen</i>)	Nivel 2	MB
BENZOTIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
EXSERVAN ORAL FILM (<i>riluzole</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 flms per 1 day)
RILUTEK ORAL TABLET (<i>riluzole</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
<i>riluzole oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION (<i>riluzole</i>)	Nivel 2	PA; SP
RELAJANTES MUSCULARES DESPOLARIZANTES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (<i>succinylcholine chloride</i>)	Nivel 2	MB
QUELICIN INJECTION SOLUTION (<i>succinylcholine chloride</i>)	Nivel 2	MB
<i>succinylcholine chloride injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>succinylcholine chloride intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
RELAJANTES MUSCULARES NO DESPOLARIZANTES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>atracurium besylate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cisatracurium besylate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NIMBEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cisatracurium besylate</i>)	Nivel 2	MB
<i>pancuronium bromide intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>rocuronium bromide intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>rocuronium bromide intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>vecuronium bromide intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
AGENTES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
*CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
TYRVAYA NASAL SOLUTION (<i>varenicline tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (<i>oxymetazoline hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 containers per 30 days)
AGENTES ADRENÉRGICOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
<i>epinephrine hcl intraocular solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	Nivel 2	PA
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 box per 30 days)
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (1.7 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bromfenac sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	Nivel 2	PA
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bromfenac sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION (<i>brimonidine tartrate</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>apraclonidine hcl</i>)	Nivel 2	
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS - COMBINACIONES - DRUGS FOR THE EYE		
<i>lidocaine-epinephrine intraocular solution</i>	Nivel 2	
<i>lidocaine-phenylephrine intraocular solution</i>	Nivel 2	
<i>lidocaine-phenylephrine-bss intraocular solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 2	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>proparacaine hcl</i>)	Nivel 2	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
<i>tetracaine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTA DEL ANTÍGENO 1 ASOCIADO CON LA FUNCIÓN LINFOCITA (LFA-1) - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lifitegrast</i>)	Nivel 1	PA; QL (2 vials per 1 day)
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF) - DRUGS FOR THE EYE		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION (<i>brolocizumab-dbl</i>)	Nivel 2	MB
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept</i>)	Nivel 2	MB
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>aflibercept</i>)	Nivel 2	MB
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 2	MB
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 2	SP
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 2	MB
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	Nivel 2	MB
ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE		
ALOCRILOPHTHALMIC SOLUTION (<i>nedocromil sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 mL per 30 days)
ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lodoxamide tromethamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 30 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 24 days)
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution</i>	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bepotastine besilate</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 30 days)
CLARITIN EYE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketotifen fumarate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 30 days)
<i>cvs olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 1 day)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (1 bottle per 30 days)
<i>eq eye itch relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 30 days)
<i>eye allergy itch relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 1 day)
<i>eye allergy itchlredness rel ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (5 mL per 30 days)
<i>gnp olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (5 mL per 30 days)
<i>gnp olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 1 day)
<i>hm eye allergy itchlred relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (5 mL per 30 days)
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION (<i>alcaftadine</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
<i>olopatadine hcl solution 0.1 % ophthalmic (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (5 mL per 30 days)
<i>olopatadine hcl solution 0.1 % ophthalmic (rx)</i>	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
<i>olopatadine hcl solution 0.2 % ophthalmic (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 1 day)
<i>olopatadine hcl solution 0.2 % ophthalmic (rx)</i>	Nivel 2	QL (1 bottle per 1 day)
PATADAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (<i>olopatadine hcl</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (1 bottle per 30 days)
PATADAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.2 % (<i>olopatadine hcl</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 bottle per 1 day)
PATADAY OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 % (<i>olopatadine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 30 days)
<i>ra eye itch relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 bottle per 30 days)
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cetirizine hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 bottle per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>besifloxacin hcl</i>)	Nivel 2	PA
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	Nivel 2	QL (4 grams per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT (<i>gentamicin sulfate</i>)	Nivel 1	QL (8 grams per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (8 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>mitomycin intraocular solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (<i>mitomycin</i>)	Nivel 2	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>moxifloxacin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</i>	Nivel 2	PA; QL (3 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl intraocular solution</i>	Nivel 2	
<i>moxifloxacin hcl intraocular solution prefilled syringe 0.16 %</i>	Nivel 2	MB
<i>moxifloxacin hcl intraocular solution prefilled syringe 0.3 mg/0.3ml</i>	Nivel 2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ofloxacin</i>)	Nivel 2	QL (10 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)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	QL (4 grams per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>moxifloxacin hcl</i>)	Nivel 2	QL (3 mL per 30 days)
ZYMAXID OPHTHALMIC SOLUTION (<i>gatifloxacin</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>natamycin</i>)	Nivel 2	
ANTISÉPTICOS OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (<i>povidone-iodine</i>)	Nivel 2	
ANTIVIRALES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (8 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (<i>ganciclovir</i>)	Nivel 2	QL (5 grams per 6 days)
BETABLOQUEADORES - COMBINACIONES OFTÁLMICAS - DRUGS FOR GLAUCOMA		
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>brimonidine tartrate-timolol</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION (<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>)	Nivel 2	QL (60 vials per 30 days)
<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 2	QL (60 vials per 30 days)
BETABLOQUEADORES - OFTÁLMICOS - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>timolol hemihydrate</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>betaxolol hcl</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>timolol maleate</i>)	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>timolol maleate ocudose ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.5 %</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (<i>timolol maleate</i>)	Nivel 2	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (<i>timolol maleate</i>)	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (<i>timolol maleate</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
TIMOPTIC OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (<i>timolol maleate</i>)	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC-XE OPHTHALMIC GEL FORMING SOLUTION (<i>timolol maleate</i>)	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
COMBINACIÓN DE AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS E INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA - DRUGS FOR GLAUCOMA		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>brinzolamide-brimonidine</i>)	Nivel 2	QL (8 mL per 30 days)
COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS OFTÁLMICAS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>ak-poly-bac ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> (Neo-Polycin Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	QL (30 grams per 30 days)
<i>bacitracin-polymyxin b</i> (Polycin Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POLYTRIM OPHTHALMIC SOLUTION (<i>polymyxin b-trimethoprim</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
COMBINACIONES DE DESCONGESTIVOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE		
<i>allergy eye ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>cvs eye allergy relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq eye allergy relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql advanced relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql eye drops ac ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>eye allergy relief ophthalmic solution 0.025-0.3 %</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	Nivel 1	OTC
<i>eye drops advanced relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eye drops ar ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>gnp eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>goodsense eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense relief eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>qc eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra eye allergy relief ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>relief drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>relief eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
VISINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>naphazoline-pheniramine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE ESTEROIDES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>sulfacetamide-prednisolone</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT (<i>sulfacetamide-prednisolone</i>)	Nivel 2	
<i>dexamethasone-moxifloxacin intraocular solution</i>	Nivel 2	
<i>dexameth-moxiflox-ketorolac intraocular solution</i>	Nivel 2	
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	Nivel 2	
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	Nivel 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
<i>bacitracin-polymyx-neo-hc</i> (Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment)	Nivel 1	
PRED-G OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>gentamicin-prednisolone acet</i>)	Nivel 2	
PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT (<i>gentamicin-prednisolone acet</i>)	Nivel 2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	Nivel 2	QL (4 grams per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
<i>triamcinolone-moxifloxacin intraocular suspension</i>	Nivel 2	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol-tobramycin</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE FOTOREFORZADORES OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
PHOTREXA VISCOUS OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>riboflavin 5-phosphate-dextran</i>)	Nivel 2	
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>riboflav5 & riboflav5-dextran</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES - DRUGS FOR THE EYE		
ALTALUBE OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
<i>artificial eye ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>artificial tears pf ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant drops fast act ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant drops long last ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricating eyelovernight ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricating/dry eye ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs natural tears pf ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs nighttime dry-eye relief ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
GENTEAL TEARS NIGHT-TIME OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp eye drops long lasting ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>goodsense lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
HYPOTEARs OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
<i>lubricant drops/dual-action ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant eye fast acting ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant eye pm ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant pm ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>px artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra lubricant eye ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
REFRESH LACRI-LUBE OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
RETAINÉ PM OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
SOOTHE NIGHTTIME OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
STYE OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
SYSTANE NIGHTTIME OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC
<i>tears pure ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
ULTRA FRESH PM OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS - DRUGS FOR THE EYE		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclopentolate-phenylephrine</i>)	Nivel 2	
DESCONGESTIVOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR ITCHY EYE		
<i>eql eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>goodsense eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
<i>qc eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (15 mL per 30 days)
DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS - COMBINACIONES - DRUGS FOR THE EYE		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	Nivel 2	MB
DUOVISC INTRAOCULAR KIT (<i>na hyalur & na chond-na hyalur</i>)	Nivel 2	MB
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (<i>phenylephrine-ketorolac</i>)	Nivel 2	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	Nivel 2	MB
DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS - DRUGS FOR THE EYE		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (<i>hypromellose</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
HEALON GV INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
HEALON INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
HEALON5 INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
MEMBRANEBLUE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>trypan blue</i>)	Nivel 2	MB
<i>hypromellose</i> (Ocucoat Viscoadherent Intraocular Solution)	Nivel 2	
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brilliant blue g</i>)	Nivel 2	MB
VISIONBLUE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>trypan blue</i>)	Nivel 2	MB
ESTEROIDES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion</i>	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (<i>difluprednate</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 1 fill)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone acetate</i>)	Nivel 2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	Nivel 2	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	Nivel 2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT (<i>fluorometholone</i>)	Nivel 2	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	Nivel 2	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	Nivel 2	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension</i>	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	SP
PRED FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>prednisolone acetate</i>)	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>prednisolone acetate</i>)	Nivel 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 2	MB
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 2	MB
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	SP
FACTORES DE CRECIMIENTO NERVIOSO OFTÁLMICO - DRUGS FOR THE EYE		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cenegermin-bkbj</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 vials per 1 day)
INHIBIDORES DE CINASA OFTÁLMICOS - COMBINACIONES - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil-latanoprost</i>)	Nivel 2	QL (2.5 mL per 30 days)
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA OFTÁLMICOS - DRUGS FOR GLAUCOMA		
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>brinzolamide</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
TRUSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (<i>dorzolamide hcl</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 30 days)
INHIBIDORES OFTÁLMICOS DE LA RHO-CINASA - DRUGS FOR GLAUCOMA		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil dimesylate</i>)	Nivel 2	QL (2.5 mL per 30 days)
INMUNOMODULADORES OFTÁLMICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 vials per 1 day)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES - DRUGS FOR THE EYE		
<i>artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
BIOLLE TEARS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>carboxymethylcellulose sodium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq restore plus lubricant eye ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq restore tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm lubricating plus ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>moisturizing lubricant eye ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra lubricant eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
RETAINÉ CMC OPHTHALMIC SOLUTION (<i>carboxymethylcellulose sodium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION (<i>carboxymethylcellulose sodium</i>)	Nivel 1	OTC
MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS - DRUGS FOR THE EYE		
<i>phenylephrine hcl</i> (Altafrin Ophthalmic Solution)	Nivel 1	
<i>atropine sulfate ophthalmic ointment</i>	Nivel 2	QL (4 grams per 30 days)
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 0.01 %</i>	Nivel 2	
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	Nivel 2	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution 0.5 %, 2 %</i>	Nivel 2	
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution 1 %</i>	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>atropine sulfate</i>)	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tropicamide</i>)	Nivel 2	
<i>phenylephrine hcl intraocular solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
MIÓTICOS - ACTUACIÓN DIRECTA - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ISOPTO CARPINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>pilocarpine hcl</i>)	Nivel 2	
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>acetylcholine chloride</i>)	Nivel 2	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (<i>carbachol</i>)	Nivel 2	MB
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	Nivel 1	
OFTÁLMICOS - AGENTES DE CISTINOSIS - DRUGS FOR THE EYE		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 mL per 28 days)
PRODUCTOS OFTÁLMICOS DE DIAGNÓSTICO - DRUGS FOR THE EYE		
<i>ak-fluor intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>altafluor benox ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
<i>fluorescein sodium/benoxinate ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fluorescein sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>fluorescein sodium</i> (Fluor-I-Strips A.T. Ophthalmic Strip)	Nivel 2	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>fluorexon-benoxinate</i>)	Nivel 2	
PAREMYD OPHTHALMIC SOLUTION (<i>hydroxyamphetamine-tropicamide</i>)	Nivel 2	
<i>proparacaine-fluorescein ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	Nivel 2	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (<i>bimatoprost</i>)	Nivel 2	MB
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	Nivel 2	QL (7.5 mL per 30 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION (<i>travoprost</i>)	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprostene bunod</i>)	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprost</i>)	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION (<i>latanoprost</i>)	Nivel 2	QL (5 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tafluprost</i>)	Nivel 2	QL (9 mL per 30 days)
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN OFTÁLMICA - DRUGS FOR THE EYE		
<i>balanced salt intraocular solution</i>	Nivel 2	
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>ophth irr soln-intraocular</i>)	Nivel 2	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>ophth irr soln-intraocular</i>)	Nivel 2	
SOLUCIONES DE LA GONIOSCOPIA - DRUGS FOR THE EYE		
GONIOTAIRE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>hypromellose</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOLUCIONES DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES - DRUGS FOR THE EYE		
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>artificial tear solution</i>)	Nivel 1	OTC
<i>just tears eye drops ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm artificial tears ophthalmic solution</i>	Nivel 1	OTC
SOOTHE HYDRATION OPHTHALMIC SOLUTION (<i>artificial tear solution</i>)	Nivel 1	OTC
SOOTHE XP OPHTHALMIC SOLUTION (<i>artificial tear solution</i>)	Nivel 1	OTC
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION (<i>artificial tear solution</i>)	Nivel 1	OTC
SYSTANE CONTACTS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>artificial tear solution</i>)	Nivel 1	OTC
SULFONAMIDAS OFTÁLMICAS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
BLEPH-10 OPHTHALMIC SOLUTION (<i>sulfacetamide sodium</i>)	Nivel 2	QL (20 mL per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	Nivel 1	QL (4 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 30 days)
SUPLEMENTOS DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES - DRUGS FOR THE EYE		
LACRISERT OPHTHALMIC INSERT (<i>artificial tear insert</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 inserts per 1 day)
TERAPIA GENÉTICA OFTÁLMICA - DRUGS FOR THE EYE		
LUXTURNA INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>voretigene neparvovec-rzyl</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES ÓTICOS - DRUGS FOR THE EAR		
AGENTES ÓTICOS VARIOS - WAX REMOVAL		
<i>acetic acid otic solution</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEARCANAL EARWAX SOFTENER OTIC SOLUTION (<i>carbamide peroxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>ear wax removal system otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>earwax removal kit otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>earwax removal otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq ear drops otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp earwax removal kit otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense ear wax kit otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense ear wax removal otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc ear wax removal otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc earwax removal kit otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc earwax removal otic solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra earwax removal kit otic solution</i>	Nivel 1	OTC
ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS - ANTIBIOTICS		
CETRAXAL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (28 doses per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	Nivel 1	PA; QL (28 doses per 30 days)
<i>ofloxacin otic solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 30 days)
OTIPRIO INTRATYMPANIC SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS ESTEROIDES ÓTICAS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION (<i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 30 days)
CIPRODEX OTIC SUSPENSION (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	Nivel 2	PA; QL (7.5 mL per 30 days)
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	Nivel 2	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</i>	Nivel 2	PA; QL (28 vials per 30 days)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	Nivel 1	
OTOVEL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>)	Nivel 2	PA; QL (28 vials per 30 days)
COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS ÓTICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
PRAMOTIC OTIC LIQUID (<i>pramoxine-chloroxylenol</i>)	Nivel 2	
ESTEROIDES ÓTICOS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
DERMOTIC OTIC OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	Nivel 2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Flac Otic Oil)	Nivel 2	
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	Nivel 2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	Nivel 2	QL (15 mL per 30 days)
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	Nivel 1	QL (750 mL per 30 days)
ORAVIG BUCCAL TABLET (<i>miconazole</i>)	Nivel 2	
ANESTÉSICOS TÓPICOS ORALES - COMBINACIONES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>sore throat mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>ultra throat mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
ANESTÉSICOS TÓPICOS ORALES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIINFECCIOSOS PERIODONTALES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
ARESTIN DENTAL (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 2	
ANTISÉPTICOS - BOCA/GARGANTA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<i>cvs sore throat spray mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
DIABETIC TUSSIN SORE THROAT MOUTH/THROAT LIQUID (<i>phenol</i>)	Nivel 1	OTC
<i>hm sore throat spray mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>oralseptic mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	Nivel 2	QL (480 mL per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Periogard Mouth/Throat Solution)	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<i>phenaseptic mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra sore throat mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb sore throat spray mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>sore throat mouth/throat liquid</i>	Nivel 1	OTC
ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Oralone Mouth/Throat Paste)	Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	Nivel 1	
ESTIMULANTES DE SALIVA - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
EVOXAC ORAL CAPSULE (<i>cevimeline hcl</i>)	Nivel 2	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (<i>pilocarpine hcl</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PASTILLAS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cough drops menthol mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>cough drops mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs cough drops sugar free mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql cough drops mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>menthol cough drops mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>natural herb cough drops mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc sore throat mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm cough drops mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
<i>throat discs mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS DENTALES - COMBINACIONES - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride-potassium nitrate</i>)	Nivel 2	
NAFRINSE DAILY ACIDULATED MOUTH/THROAT SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sodium fluoride-phosphoric acid</i>)	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL GEL (<i>sodium fluoride-potassium nitrate</i>)	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL GEL (<i>sodium fluoride-potassium nitrate</i>)	Nivel 2	
<i>sodium fluoride 5000 enamel dental gel</i>	Nivel 2	
<i>sodium fluoride 5000 sensitive dental gel</i>	Nivel 2	
PRODUCTOS DENTALES CON FLUORURO - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>sodium fluoride</i> (Cavarest Dental Gel)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Clinpro 5000 Dental Paste)	Nivel 2	QL (113 ml/gms per 30 days)
<i>sodium fluoride</i> (Denta 5000 Plus Dental Cream)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride</i> (Dentagel Dental Gel)	Nivel 1	
EASYGEL DENTAL GEL (<i>stannous fluoride</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
stannous fluoride (Fluoridex Daily Renewal Mouth/Throat Concentrate)	Nivel 2	
sodium fluoride (Fluoridex Dental Paste)	Nivel 2	QL (113 ml/gms per 30 days)
sodium fluoride (Fluoridex Enhanced Whitening Dental Paste)	Nivel 2	QL (113 ml/gms per 30 days)
NAFRINSE DAILY/NEUTRAL MOUTH/THROAT SOLUTION RECONSTITUTED (sodium fluoride)	Nivel 2	
NAFRINSE WEEKLY MOUTH/THROAT SOLUTION RECONSTITUTED (sodium fluoride)	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE (sodium fluoride)	Nivel 2	QL (113 ml/gms per 30 days)
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL (sodium fluoride)	Nivel 2	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE (sodium fluoride)	Nivel 2	QL (113 ml/gms per 30 days)
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM (sodium fluoride)	Nivel 2	
PREVIDENT DENTAL GEL (sodium fluoride)	Nivel 2	
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION (sodium fluoride)	Nivel 2	
sf 5000 plus dental cream	Nivel 1	
sf dental gel	Nivel 1	
sodium fluoride 5000 plus dental cream	Nivel 1	
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	Nivel 1	
sodium fluoride 5000 ppm dental gel	Nivel 1	QL (300 ML per 81 days)
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	Nivel 2	QL (113 ml/gms per 30 days)
sodium fluoride dental cream	Nivel 1	
sodium fluoride dental gel	Nivel 1	
sodium fluoride mouth/throat solution	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
COMBINACIONES DE RELAJANTES MUSCULARES - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (40 tablets per 30 days)
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> (Orphengesic Forte Oral Tablet)	Nivel 2	PA
RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>baclofen intrathecal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>baclofen intrathecal solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>baclofen oral tablet 10 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)
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 30 days)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
FEXMID ORAL TABLET (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GABLOFEN INTRATHECAL SOLUTION (<i>baclofen</i>)	Nivel 2	MB
GABLOFEN INTRATHECAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>baclofen</i>)	Nivel 2	MB
LIORESAL INTRATHECAL SOLUTION (<i>baclofen</i>)	Nivel 2	MB
<i>chlorzoxazone</i> (Lorzzone Oral Tablet)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol injection solution</i>	Nivel 2	MB
<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>orphenadrine citrate injection solution</i>	Nivel 2	MB
OZOBAX ORAL SOLUTION (<i>baclofen</i>)	Nivel 2	QL (80 mL per 1 day)
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (<i>methocarbamol</i>)	Nivel 2	MB
SKELAXIN ORAL TABLET (<i>metaxalone</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
SOMA ORAL TABLET (<i>carisoprodol</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 4 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (9 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	Nivel 2	PA; 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)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 2 MG (<i>tizanidine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 4 MG (<i>tizanidine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (<i>tizanidine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 1 day)
RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dantrolene sodium</i>)	Nivel 2	MB
DANTRIUM ORAL CAPSULE (<i>dantrolene sodium</i>)	Nivel 2	
<i>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>dantrolene sodium</i> (Revonto Intravenous Solution Reconstituted)	Nivel 2	MB
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dantrolene sodium</i>)	Nivel 2	MB
TERAPIA DE REPARACIÓN DE CARTÍLAGOS ARTICULARES - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
CARTICEL INTRA-ARTICULAR IMPLANT (<i>autologous culture chondrocyte</i>)	Nivel 2	
MACI INTRA-ARTICULAR SHEET (<i>autolog cult chond coll membr</i>)	Nivel 2	
VISCOSUPLEMENTOS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>cross-linked hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	Nivel 2	MB
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	Nivel 2	MB
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	Nivel 2	MB
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan</i>)	Nivel 2	MB
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan</i>)	Nivel 2	MB
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES PARA LA GOTA - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
AGENTES PARA LA GOTA - GOUT DRUGS		
<i>allopurinol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>allopurinol sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>colchicine oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>colchicine oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (69 tablets per 30 days)
COLCRYS ORAL TABLET (<i>colchicine</i>)	Nivel 2	PA; QL (69 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>febuxostat oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (<i>colchicine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pegloticase</i>)	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE (<i>colchicine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
ULORIC ORAL TABLET (<i>febuxostat</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZYLOPRIM ORAL TABLET (<i>allopurinol</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA GOTA - GOUT DRUGS		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	Nivel 1	
URICOSÚRICO - GOUT DRUGS		
<i>probenecid oral tablet</i>	Nivel 1	
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ALZHEIMER'S TREATMENT - ANTI-AMYLOID ANTIBODIES*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
ADUHELM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>aducanumab-avwa</i>)	Nivel 2	MB
*ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
XYWAV ORAL SOLUTION (<i>ca, mg, k, and na oxybates</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (18 mL per 1 day)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>bremelanotide acetate</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
LYBALVI ORAL TABLET (<i>olanzapine-samidorphane</i>)	Nivel 2	
AGENTE PARA LA FIBROMALGIA - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRSN) - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 tablets per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (<i>milnacipran hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 1 year)
AGENTES ANTICATAPLÉTICOS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
XYREM ORAL SOLUTION (<i>sodium oxybate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (18 mL per 1 day)
AGENTES DE ARN PEQUEÑO DE INTERFERENCIA (SIRNA) - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>patisiran sodium</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES DE NEURALGIA POSTHERPÉTICA (PHN) - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (<i>pregabalin</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (<i>pregabalin</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablets per 1 day)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES INHIBIDORES DE OLIGONUCLEÓTIDO ANTISENTIDO (ASO) - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>inotersen sodium</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (4 syringes per 28 days)
AGENTES MS - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AUBAGIO ORAL TABLET (<i>teriflunomide</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS (RLS) - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>gabapentin enacarbil</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM) - ISRS - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (4 tablets per 1 day)
AGENTES PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
LUCEMYRA ORAL TABLET (<i>lofexidine hcl</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ACTIVADORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN NRF2 - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>monomethyl fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (14 capsules per 1 year)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (1 kit per 1 year)
TECFIDERA ORAL (<i>dimethyl fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 year)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG (<i>dimethyl fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (14 capsules per 1 year)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG (<i>dimethyl fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>diroximel fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTICUERPOS MONOCLONALES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ofatumumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 unit per 28 days)
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alemtuzumab</i>)	Nivel 2	MB; QL (4 mL per 1 year)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ocrelizumab</i>)	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 6 monthss)
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>natalizumab</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 vial per 28 days)
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTIMETABOLITOS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cladribine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 box per 1 fill)
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - BLOQUEADORES DE CANALES DE POTASIO - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>dalfampridine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (<i>glatiramer acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (30 syringes per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (<i>glatiramer acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (30 syringes per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/MI)	Nivel 1	PA; SP; QL (30 syringes per 30 days)
<i>glatiramer acetate</i> (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 Mg/MI)	Nivel 1	PA; SP; QL (12 syringes per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - INTERFERONES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 pens per 30 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 kit per 30 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (<i>interferon beta-1b</i>)	Nivel 1	PA; MB; QL (15 kits per 30 days)
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT (<i>interferon beta-1b</i>)	Nivel 1	PA; MB; QL (15 kits per 30 days)
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 kit per 1 lifetime)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 mL per 720 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 mL per 720 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 mL per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon beta-1a</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 mL per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (6 mL per 28 days)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 mL per 720 days)
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (6 mL per 28 days)
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>interferon beta-1a</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 mL per 720 days)
AGENTES PARA SÍNTOMAS VASOMOTORES - ISRS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
BRISDELLE ORAL CAPSULE (<i>paroxetine mesylate</i>)	Nivel 2	
<i>paroxetine mesylate oral capsule</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	Nivel 2	DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>memantine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	Nivel 1	DO; QL (10 mL per 1 day)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1.7 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET (<i>memantine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1.7 tablets per 1 day)
NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>memantine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
BENZODIACEPINAS Y ISRS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
SYMBYAX ORAL CAPSULE (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
BENZODIAZEPINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COLINOMIMÉTICOS - INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA (ACHE) - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>donepezil hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 23 MG (<i>donepezil hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>rivastigmine</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 patch per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	Nivel 1	DO; QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
RAZADYNE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>galantamine hydrobromide</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (2 capsules per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 patch per 1 day)
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIDEMENCIA - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	Nivel 2	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
COMBINACIONES DE AGENTES DE LABILIDAD EMOCIONAL - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
NUDEXTA ORAL CAPSULE (<i>dextromethorphan-quinidine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FARMACOTERAPIA PARA TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AUSTEDO ORAL TABLET (<i>deutetrabenazine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; DO; QL (1 capsules per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsules per 1 day)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>valbenazine tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 year)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG (<i>tetrabenazine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
XENAZINE ORAL TABLET 25 MG (<i>tetrabenazine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
FENOTIAZINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i>	Nivel 1	
MODULADORES DEL RECEPTOR DE ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P) - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
GILENYA ORAL CAPSULE (<i>fingolimod hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
MAYZENT ORAL TABLET 2 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>siponimod fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 year)
PONVORY ORAL TABLET (<i>ponesimod</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ponesimod</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 one time fill)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 fill)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (<i>ozanimod hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 fill)
PRODUCTOS PARA DEJAR DE BEBER ALCOHOL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	State Carve-out	SCO
<i>disulfiram oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>apo-varenicline oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>eq nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>eql nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>gnp nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
HABITROL TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>nicotine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
KLS QUIT2 MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
KLS QUIT2 MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>nicotine transdermal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
NICOTROL INHALATION INHALER (<i>nicotine</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (<i>nicotine</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 mL per 1 day)
<i>px stop smoking aid mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>px stop smoking aid mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>ra mini nicotine mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>ra nicotine gum mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>ra nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>ra nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	Nivel 1	OTC; QL (20 lozenges per 1 day)
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 patch per 1 day)
THRIVE MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	Nivel 1	OTC; QL (24 units per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR THE LUNGS		
*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (560 capsules per 28 days)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 unit (10 capsules) per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTE PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA - COMBINACIONES - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
ORKAMBI ORAL PACKET (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tezacaftor-ivacaftor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
AGENTES DE ESCLEROSIS PLEURAL - DRUGS FOR THE LUNGS		
SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER (<i>talco</i>)	Nivel 2	
STERILE TALC POWDER INTRAPLEURAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>talco</i>)	Nivel 2	
STERITALC INTRAPLEURAL POWDER (<i>talco</i>)	Nivel 2	
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR - DRUGS FOR THE LUNGS		
ESBRIET ORAL CAPSULE (<i>pirfenidone</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (9 capsules per 1 day)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG (<i>pirfenidone</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (9 tablets per 1 day)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG (<i>pirfenidone</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE LA CINASA - DRUGS FOR THE LUNGS		
OFEV ORAL CAPSULE (<i>nintedanib esylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR THE LUNGS		
CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION (<i>poractant alfa</i>)	Nivel 2	
INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION (<i>calfactant in nacl</i>)	Nivel 2	
SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION (<i>beractant in nacl</i>)	Nivel 2	
ENZIMAS HIDROLÍTICAS - DRUGS FOR THE LUNGS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (<i>dornase alfa</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (150 mL per 30 days)
INHIBIDORES DE LA ALFA-PROTEINASA (HUMANOS) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	Nivel 2	MB
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	Nivel 2	MB
POTENCIADORES DE CFTR - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
KALYDECO ORAL PACKET (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (<i>ivacaftor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES TIROIDEOS - HORMONES		
*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR THYROID		
<i>sodium iodide i-131 oral solution</i>	Nivel 2	
AGENTES ANTITIROIDEOS - DRUGS FOR THYROID		
<i>methimazole oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	Nivel 1	
HORMONAS TIROIDEAS - DRUGS FOR THYROID		
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 90 MG (<i>thyroid</i>)	Nivel 2	
ARMOUR THYROID ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>thyroid</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CYTOMEL ORAL TABLET (<i>liothyronine sodium</i>)	Nivel 2	
<i>levothyroxine sodium</i> (Euthyrox Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium</i> (Levo-T Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>levothyroxine sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>levothyroxine sodium oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium</i> (Levoxyl Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>liothyronine sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
NATURE-THROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	Nivel 2	
<i>np thyroid oral tablet 120 mg, 15 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	
<i>np thyroid oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
SYNTHROID ORAL TABLET (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 2	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 2	
TIROSINT ORAL CAPSULE (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 2	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	Nivel 2	
TRIOSTAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>liothyronine sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>levothyroxine sodium</i> (Unithroid Oral Tablet)	Nivel 1	
WESTHROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	Nivel 2	
WP THYROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMEBICIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AMEBICIDAS - DRUGS FOR PARASITES		
SOLOSEC ORAL PACKET (<i>secnidazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 grams per 1 fill)
AMINOGLUCÓSIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AMINOGLUCÓSIDOS - ANTIBIOTICS		
<i>amikacin sulfate injection solution</i>	Nivel 2	MB
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION (<i>amikacin sulfate liposome</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	SP; QL (224 mL per 28 days)
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	Nivel 2	MB
HUMATIN ORAL CAPSULE (<i>paromomycin sulfate</i>)	Nivel 2	
KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	SP; QL (280 mL per 28 days)
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>paromomycin sulfate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	SP; QL (280 mL per 28 days)
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (<i>tobramycin</i>)	Nivel 2	SP; QL (224 capsules per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	Nivel 2	SP; QL (224 mL per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	Nivel 1	SP; QL (280 mL per 28 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB; QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plazomicin sulfate</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ADVIL LIQUI-GELS MINIS ORAL CAPSULE (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 30 days)
ANJESO INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>meloxicam</i>)	Nivel 2	MB
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 2	MB
<i>childrens ibuprofen 100 oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>childrens ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
CHILDRENS MEDI-PROFEN ORAL SUSPENSION (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>cvs childrens ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>cvs ibuprofen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
DAYPRO ORAL TABLET (<i>oxaprozin</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 25 mg</i>	Nivel 2	
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 375 MG (<i>naproxen</i>)	Nivel 2	PA
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG (<i>naproxen</i>)	Nivel 2	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq all day pain relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>eq ibuprofen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>eq naproxen sodium oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 90 days)
<i>eql childrens ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<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)
FELDENE ORAL CAPSULE (<i>piroxicam</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenoprofen calcium oral capsule 200 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>fenoprofen calcium oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	PA
<i>fenoprofen calcium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp ibuprofen oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 30 days)
<i>gnp naproxen sodium oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 90 days)
<i>gnp naproxen sodium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>hm naproxen sodium oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 90 days)
<i>hy-vee all day relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
HYVEE IBUPROFEN CHILDRENS ORAL SUSPENSION (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>ibuprofen</i> (Ibu Oral Tablet)	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen 100 junior strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ibuprofen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>ibuprofen lysine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
INDOCIN ORAL SUSPENSION (<i>indomethacin</i>)	Nivel 2	PA; QL (40 mL per 1 day)
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY (<i>indomethacin</i>)	Nivel 2	PA
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>ketoprofen oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	Nivel 2	MB; QL (4 injections per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</i>	Nivel 2	MB; QL (2 injections per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution</i>	Nivel 2	MB; QL (1 injection per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ketorolac tromethamine nasal solution</i>	Nivel 2	PA; QL (5 bottles per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (20 tablets per 30 days)
<i>kls ibuprofen ib oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> (Lofena Oral Tablet)	Nivel 2	
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
MEDI-PROFEN ORAL CAPSULE (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 30 days)
MEDI-PROFEN ORAL SUSPENSION (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
MEDI-PROFEN ORAL TABLET (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	PA; OTC; QL (100 tablets per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (29 capsules per 1 fill)
<i>meloxicam oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>meloxicam oral tablet</i>	Nivel 1	
MOBIC ORAL TABLET (<i>meloxicam</i>)	Nivel 2	
MOTRIN IB ORAL CAPSULE (<i>ibuprofen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	
NALFON ORAL CAPSULE (<i>fenoprofen calcium</i>)	Nivel 2	PA
NALFON ORAL TABLET (<i>fenoprofen calcium</i>)	Nivel 2	
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>naproxen sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NAPROSYN ORAL SUSPENSION (<i>naproxen</i>)	Nivel 2	
NAPROSYN ORAL TABLET (<i>naproxen</i>)	Nivel 2	
<i>naproxen oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>naproxen sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<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)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen lysine</i>)	Nivel 2	MB
<i>oxaprozin oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
PAMPRIN ALL DAY RELIEF MAX ST ORAL TABLET (<i>naproxen sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>piroxicam oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>px childrens profen ib oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>qc ibuprofen oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 capsules per 30 days)
<i>ra ibuprofen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
RELAFEN DS ORAL TABLET (<i>nabumetone</i>)	Nivel 2	
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
SPRIX NASAL SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 bottles per 30 days)
<i>sulindac oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
VIVLODEX ORAL CAPSULE (<i>meloxicam</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
ZIPSOR ORAL CAPSULE (<i>diclofenac potassium</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
ZORVOLEX ORAL CAPSULE (<i>diclofenac</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL SOLUBLE - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>etanercept</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (8 injections per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>etanercept</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 vials per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>etanercept</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 pens per 28 days)
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUCINA-1 (IL-1RA) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>anakinra</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 injection per 1 day)
ANTIMETABOLITOS ANTIRREUMÁTICOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 auto-injectors per 28 days)
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 auto-injectors per 30 days)
REDITREX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 auto-injectors per 28 days)
ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OLUMIANT ORAL TABLET (<i>baricitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>upadacitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 mL per 1 day)
XELJANZ ORAL TABLET (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG (<i>tofacitinib citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablet per 1 day)
ANTITNF ALFA - ANTICUERPOS MONOCLONALES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 pack per 1 one-time fill)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 pens per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 kits per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys))
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 kit per 1 year)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 pack per 1 one-time fill)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 kit per 1 year)
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 pack per 1 one-time fill)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 kit per 1 year)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	Nivel 2	MB
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>golimumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pen per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>golimumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 injection per 28 days)
BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1 BETA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>canakinumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 vials per 28 days)
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50-0.2 MG (<i>diclofenac-misoprostol</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 75-0.2 MG (<i>diclofenac-misoprostol</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DUEXIS ORAL TABLET (<i>ibuprofen-famotidine</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>naproxen-esomeprazole</i>)	Nivel 2	PA
COMPUESTOS DE ORO - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RIDAURA ORAL CAPSULE (<i>auranofin</i>)	Nivel 1	
INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA 2 (COX-2) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG (<i>celecoxib</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
CELEBREX ORAL CAPSULE 400 MG (<i>celecoxib</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTEZLA ORAL TABLET (<i>apremilast</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apremilast</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 pack per 1 year)
INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARAVA ORAL TABLET (<i>leflunomide</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>leflunomide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE INTERLEUCINA-6 - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tocilizumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 syringes per 30 days)
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tocilizumab</i>)	Nivel 2	MB
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tocilizumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 syringes per 30 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>sarilumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 units per 30 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sarilumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 syringes per 30 days)
MODULADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>abatacept</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 auto-injectors per 28 days)
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>abatacept</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (4 injections per 28 days)
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML (<i>abatacept</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 units per 30 days)
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
ANALGÉSICOS - OTROS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>8 hour pain reliever oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>acetaminophen childrens oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 mL per 25 days)
<i>acetaminophen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>acetaminophen infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>acetaminophen intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>acetaminophen junior strength oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>acetaminophen oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>acetaminophen oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 mL per 25 days)
<i>acetaminophen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>acetaminophen rapid tabs child oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>acetaminophen rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
APHEN ORAL TABLET (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
<i>apra oral elixir</i>	Nivel 1	OTC
<i>aurophen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>betatemp childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>childrens acetaminophen oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>childrens aspirin free oral elixir</i>	Nivel 1	OTC
CHILDRENS MEDI-TABS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
<i>childrens non-aspirin oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>childrens pain reliever oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens silapap oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>clonidine hcl (analgesia) epidural solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cvs acetaminophen ex st oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs acetaminophen oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs fever reducing childrens rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs infants pain relief drops oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>cvs pain & fever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>cvs pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
DURACLON EPIDURAL SOLUTION (<i>clonidine hcl (analgesia)</i>)	Nivel 2	MB
<i>ed-apap oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>eq pain & fever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>eq pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>eq pain relieflrapid burst oral liquid</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq pain reliever ex st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>eql acetaminophen childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>eql acetaminophen infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>eql acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>gnp acetaminophen ex st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp infants pain/fever oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>gnp pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>goodsense pain & fever child oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>goodsense pain relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm pain & fever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>hm pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>hm pain relief oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>hm pain relieve child dye-free oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>hm pain reliever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>hm pain reliever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>infants pain & fever oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>liquid acetaminophen oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>liquid pain relief oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
LITTLE REMEDIES FOR FEVER ORAL LIQUID (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
MAPAP ACETAMINOPHEN EXTRA STR ORAL LIQUID (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
MEDI-TABS CHILDRENS ORAL ELIXIR (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH ORAL TABLET (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
MEDI-TABS JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC
<i>meijer aspirin free oral tablet 325 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>meijer aspirin free oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>meijer jr st aspirin free oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
MIDOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mm arthritis pain oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>m-pap oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>non-aspirin childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>non-aspirin jr strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>non-aspirin pain relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
OFIRMEV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 2	MB
<i>pain & fever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>pain & fever childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>pain relief childrens oral elixir</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain relief childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>pain relief extra strength oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>pain relief oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain relief regular strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain reliever oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain reliever/fever reducer rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
PANADOL CHILDRENS ORAL SUSPENSION (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
PANADOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
PANADOL INFANTS ORAL SUSPENSION (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
PEDIACARE CHILDREN ORAL SUSPENSION (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
PEDIACARE INFANT FEVER/PAIN ORAL SUSPENSION (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEDIACARE INFANTS ORAL SUSPENSION (<i>acetaminophen</i>)	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>px childrens pain relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>qc acetaminophen 8hr arth pain oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc acetaminophen 8hr musc ache oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc non-aspirin 8 hour oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc non-aspirin childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>qc non-aspirin childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc pain relief childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>qc pain relief infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>ra childrens fever/pain oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>ra fever reducer/pain reliever oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>ra pain reliever ex st oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb arthritis pain relief oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sb childrens non-aspirin oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb non-aspirin jr strength oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb non-aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb pain reliever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>sb pain reliever ex st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>sm pain & fever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm pain & fever infants oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>sm pain relief extra strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>sm pain reliever childrens oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (120 mL per 30 days)
<i>sm rapid melts junior oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
ANALGÉSICOS - SEDATIVOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ALLZITAL ORAL TABLET (<i>butalbital-acetaminophen</i>)	Nivel 2	QL (12 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Bac Oral Tablet)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen</i> (Bupap Oral Tablet)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule</i>	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-300 mg</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</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 2	QL (6 capsules per 1 day)
ESGIC ORAL TABLET (<i>butalbital-apap-caffeine</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
FIORICET ORAL CAPSULE (<i>butalbital-apap-caffeine</i>)	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
TENCON ORAL TABLET (<i>butalbital-acetaminophen</i>)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine</i> (Zebutal Oral Capsule)	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO NEURONALES DE TIPO N SELECTIVOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
PRIALT INTRATHECAL SOLUTION (<i>ziconotide acetate</i>)	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>added strength headache relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs menstrual relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq headache relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense headache relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>headache formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>meijer migraine formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>menstrual relief max strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>px headache relief added st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc menstrual complete max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra headache formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE SALICILATOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>cvs antacid & pain reliever oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>effervescent antacid/pain oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>effervescent pain relief oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense antacid/pain relief oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>medi-seltzer oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>px effervescent oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb effervescent pain relief oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm aspirin tri-buffered oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm effervescent pain relief oral tablet effervescent</i>	Nivel 1	OTC
<i>tri-buffered aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
SALICILATOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>adult aspirin regimen oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin 81 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin low strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
BAYER ADVANCED ASPIRIN REG ST ORAL TABLET (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
BAYER LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
BAYER LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>childrens aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>cvs aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs aspirin low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs genuine aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>diflunisal oral tablet</i>	Nivel 1	
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>eq aspirin low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>eq aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql aspirin ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>eql aspirin low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>eql aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>gnp aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>goodsense aspirin adult low st oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>goodsense aspirin adults oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>goodsense aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>goodsense aspirin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>hm adult aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>hm aspirin ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>hm aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>hm aspirin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>kls aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>kp aspirin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>meijer aspirin ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>px aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>px aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>px enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>px enteric aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc aspirin low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc aspirin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>qc childrens aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>ra aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>ra aspirin adult low strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>ra aspirin childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>ra aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>ra aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra pain relief aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb aspirin ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>sb aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb childrens aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sb low dose asa ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 25 days)
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>sm aspirin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm childrens aspirin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
ANALGÉSICOS - OPIOIDES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
AGONISTAS OPIÁCEOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ACTIQ BUCCAL LOZENGE ON A HANDLE (<i>fentanyl citrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 lozenges per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alfentanil hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>codeine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 tablets per 1 day)
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tramadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION (<i>meperidine hcl</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (4 mL per 1 day)
DILAUDID INJECTION SOLUTION 0.2 MG/ML (<i>hydromorphone hcl</i>)	Nivel 2	QL (6 mL per 1 day)
DILAUDID INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 2 MG/ML (<i>hydromorphone hcl</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (6 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>sufentanil citrate</i>)	Nivel 2	
<i>duramorph injection solution</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution cartridge</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i>	Nivel 1	PA; QL (4 lozenges per 1 day)
<i>fentanyl citrate buccal tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>fentanyl citrate injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl citrate-nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/12 hr, 25 mcg/12 hr, 50 mcg/12 hr, 75 mcg/12 hr</i>	Nivel 1	PA; QL (15 patches per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/12hr, 62.5 mcg/12hr, 87.5 mcg/12hr</i>	Nivel 2	PA; QL (15 patches per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET (<i>fentanyl citrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (2 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	Nivel 1	PA; QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 2	MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (1 vial per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 2 mg/ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 4 mg/ml</i>	Nivel 2	MB; QL (2 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl-nacl intravenous solution 10-0.9 mg/50ml-%, 100-0.9 mg/50ml-%, 20-0.9 mg/100ml-%, 6-0.9 mg/30ml-%</i>	Nivel 2	MB
<i>hydromorphone hcl-nacl intravenous solution 30-0.9 mg/30ml-%</i>	Nivel 2	MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl-nacl intravenous solution prefilled syringe 10-0.9 mg/50ml-%, 15-0.9 mg/30ml-%, 25-0.9 mg/50ml-%, 5-0.9 mg/25ml-%, 50-0.9 mg/50ml-%, 6-0.9 mg/30ml-%</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydromorphone hcl-nacl intravenous solution prefilled syringe 30-0.9 mg/30ml-%</i>	Nivel 2	MB; QL (6 mL per 1 day)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (<i>morphine sulfate microinfusion</i>)	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 1 month)
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (<i>morphine sulfate microinfusion</i>)	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 1 month)
LAZANDA NASAL SOLUTION (<i>fentanyl citrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 bottles per 30 days)
<i>levorphanol tartrate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>meperidine hcl injection solution</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (4 mL per 1 day)
<i>meperidine hcl oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl injection solution</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (1 mL 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	QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE (<i>methadone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 1 day)
<i>methadone hcl</i> (Methadose Oral Tablet Soluble)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (<i>methadone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 ML per 1 day)
<i>morphine sulfate microinfusion</i> (Mitigo Injection Solution)	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 1 month)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml, 10 mg/ml, 5 mg/ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	Nivel 2	MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml</i>	Nivel 2	
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml</i>	Nivel 2	MB
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	Nivel 2	MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule 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 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate injection solution</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB; QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>morphine sulfate-nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG, 200 MG (<i>morphine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 30 MG, 60 MG (<i>morphine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (180 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (242 tablets per 30 days)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>oliceridine fumarate</i>)	Nivel 2	MB
OXAYDO ORAL TABLET (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 30 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION (<i>tramadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
ROXICODONE ORAL TABLET (<i>oxycodone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUBSYS SUBLINGUAL LIQUID (<i>fentanyl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 units per 1 day)
<i>sufentanil citrate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>tramadol hcl er (biphasic) oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tramadol hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remifentanil hcl</i>)	Nivel 2	MB
ULTRAM ORAL TABLET (<i>tramadol hcl</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (8 tablets per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT (<i>oxycodone</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
AGONISTAS OPIÁCEOS PARCIALES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
BELBUCA BUCCAL FILM (<i>buprenorphine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
BUPRENEX INJECTION SOLUTION (<i>buprenorphine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
<i>buprenorphine hcl injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual</i>	State Carve-out	SCO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film</i>	State Carve-out	SCO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual</i>	State Carve-out	SCO
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	State Carve-out	SCO
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (8 mL per 1 day)
<i>butorphanol tartrate injection solution 2 mg/ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (4 mL per 1 day)
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	Nivel 1	QL (2 bottles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>buprenorphine</i>)	State Carve-out	SCO
<i>nalbuphine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB; QL (2 mL per 1 day)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	State Carve-out	SCO
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	State Carve-out	SCO
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	State Carve-out	SCO
COMBINACIONES DE CODEÍNA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen-codeine #2 oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine #4 oral tablet</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (90 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i> (Ascomp-Codeine Oral Capsule)	Nivel 1	PA; AL; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (6 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE (<i>butalbital-apap-caff-cod</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (6 capsules per 1 day)
COMBINACIONES DE DIHIDROCODEÍNA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
TREZIX ORAL CAPSULE (<i>apap-caff-dihydrocodeine</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
COMBINACIONES DE FENTANILO - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>fentanyl cit-ropivacaine-nacl epidural solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fentanyl-bupivacaine-nacl epidural solution</i>	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE HIDROCODONA - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (5 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (5 tablets per 1 day)
LORTAB ORAL ELIXIR (<i>hydrocodone-acetaminophen</i>)	Nivel 2	PA; QL (67.5 mL per 1 day)
COMBINACIONES DE OPIÁCEOS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
APADAZ ORAL TABLET (<i>benzhydrocodone-acetaminophen</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen</i> (Endocet Oral Tablet)	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>nalocet oral tablet</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution</i>	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 2.5-300 mg, 5-300 mg</i>	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
PROLATE ORAL SOLUTION (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 1 day)
PROLATE ORAL TABLET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
COMBINACIONES DE TRAMADOL - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	Nivel 1	PA; AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTRACET ORAL TABLET (<i>tramadol-acetaminophen</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (8 tablets per 1 day)
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS - HORMONES		
ANDRÓGENOS - DRUGS FOR MEN		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 patch per 1 day)
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/1.25GM (1.62%), 40.5 MG/2.5GM (1.62%), 50 MG/5GM (1%) (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL 25 MG/2.5GM (1%) (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 packets per 1 day)
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 2	PA; MB
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>testosterone cypionate</i>)	Nivel 2	PA
FORTESTA TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>methitest oral tablet</i>	Nivel 2	PA
<i>methyltestosterone oral capsule</i>	Nivel 2	PA
NATESTO NASAL GEL (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 bottles per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
TESTOPEL IMPLANT PELLETT (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	MB
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	Nivel 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 10 mg/lact (2%), 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 1	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	Nivel 1	PA; QL (2 packets per 1 day)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	Nivel 1	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution</i>	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL (<i>testosterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>testosterone enanthate</i>)	Nivel 2	PA
ESTEROIDES ANABÓLICOS - DRUGS FOR MEN		
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ANESTÉSICOS GENERALES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
ANESTÉSICOS BARBITÚRICOS - DRUGS FOR SEDATION		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methohexital sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>methohexital sodium intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
ANESTÉSICOS VARIOS - DRUGS FOR SEDATION		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etomidate</i>)	Nivel 2	MB
<i>anesthesia sli-40a intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
<i>anesthesia sli-40h intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
<i>anesthesia sli-40s intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (<i>propofol</i>)	Nivel 2	MB
<i>etomidate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fresenius propoven intravenous emulsion</i>	Nivel 2	MB
KETALAR INJECTION SOLUTION (<i>ketamine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>ketamine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ketamine hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>ketamine hcl-sodium chloride intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>propofol intravenous emulsion</i>	Nivel 2	MB
<i>propofol-lipuro intravenous emulsion</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANESTÉSICOS VOLÁTILES - DRUGS FOR SEDATION		
<i>desflurane inhalation solution</i>	Nivel 2	
FORANE INHALATION SOLUTION (<i>isoflurane</i>)	Nivel 2	
<i>isoflurane inhalation solution</i>	Nivel 2	
<i>sevoflurane inhalation solution</i>	Nivel 2	
SUPRANE INHALATION SOLUTION (<i>desflurane</i>)	Nivel 2	
<i>isoflurane</i> (Terrell Inhalation Solution)	Nivel 2	
ULTANE INHALATION SOLUTION (<i>sevoflurane</i>)	Nivel 2	
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
ANESTÉSICOS LOCALES - AMIDAS - DRUGS FOR SEDATION		
<i>bupivacaine fisiopharma injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine hcl (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine hcl-nacl epidural solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine hcl-nacl epidural solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine in dextrose intrathecal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine spinal intrathecal solution</i>	Nivel 2	MB
CARBOCAINE INJECTION SOLUTION (<i>mepivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
CARBOCAINE PRESERVATIVE-FREE INJECTION SOLUTION (<i>mepivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
EXPAREL INJECTION SUSPENSION (<i>bupivacaine liposome</i>)	Nivel 2	MB
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine hcl injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine in dextrose solution</i>	Nivel 2	MB
MARCAINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
MARCAINE SPINAL INTRATHECAL SOLUTION (<i>bupivacaine in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
NAROPIN INJECTION SOLUTION (<i>ropivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
POLOCAINE INJECTION SOLUTION (<i>mepivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>mepivacaine hcl</i> (Polocaine-Mpf Injection Solution)	Nivel 2	MB
<i>ropivacaine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ropivacaine hcl injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>ropivacaine hcl-nacl epidural solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine hcl</i> (Sensorcaine Injection Solution)	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine hcl</i> (Sensorcaine-Mpf Injection Solution)	Nivel 2	MB
XARACOLL IMPLANT IMPLANT (<i>bupivacaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
ZINGO INTRADERMAL JET-INJECTOR (<i>lidocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
ANESTÉSICOS LOCALES - ÉSTERES - DRUGS FOR SEDATION		
<i>chloroprocaine hcl (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
CLOTOTEKAL INTRATHECAL SOLUTION (<i>chloroprocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
NESACAINE INJECTION SOLUTION (<i>chloroprocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (<i>chloroprocaine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>procaine hcl powder</i>	Nivel 2	
ANESTÉSICOS LOCALES Y SUSTANCIAS SIMPATICOMIMÉTICAS - DRUGS FOR SEDATION		
<i>articaine-epinephrine</i> (Articadent Dental Injection Solution Cartridge)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine-epinephrine injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine-epinephrine injection solution</i>	Nivel 2	MB
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	Nivel 2	MB
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	Nivel 2	MB
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (<i>articaine-epinephrine</i>)	Nivel 2	MB
<i>bupivacaine-epinephrine</i> (Sensorcaine/Epinephrine Injection Solution)	Nivel 2	MB
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	Nivel 2	MB
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine-epinephrine</i>)	Nivel 2	MB
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine-epinephrine</i>)	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE ANESTÉSICOS LOCALES - DRUGS FOR SEDATION		
<i>lidocaine-sodium bicarbonate injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
POINT OF CARE LM-2.5 INJECTION KIT (<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl</i>)	Nivel 2	
ANTIÁCIDOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
ANTIÁCIDO Y SIMETICONA - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION (<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>)	Nivel 1	OTC
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>alumina-magnesia-simethicone oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid & antigas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid advanced oral suspension</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid anti-gas reg strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid extra strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid fast relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid i oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid iii oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid liquid oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid m oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid maximum strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid plus anti-gas relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid regular strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid/lantigas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid/lanti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid/simethicone ds oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>comfort gel antacid & anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>comfort gel antacid anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>comfort gel oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs antacid plus antigas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs antacid/lanti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq antacid maximum strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq antacid/lanti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql antacid advanced max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql antacid/lanti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>geri-lanta oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>geri-mox oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp antacid regular strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm advanced antacid max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm antacid oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
MAALOX MAX ORAL SUSPENSION (<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>)	Nivel 1	OTC
MAALOX MULTI SYMPTOM MAX ST ORAL SUSPENSION (<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>)	Nivel 1	OTC
<i>mag-al plus oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>mag-al plus xs oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>meijer antacid anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>meijer antacid oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>mintox maximum strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>)	Nivel 1	OTC
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION (<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>)	Nivel 1	OTC
<i>px antacid maximum strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>px antacid regular strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc antacid oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra antacid/anti-gas max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra antacid/anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra antacid/gas relief max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb antacid anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm antacid advanced max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm antacid advanced oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm antacid anti-gas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm antacid maximum strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm antacid oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm antacid/antigas oral suspension</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIÁCIDOS - SULFATO DE ALUMINIO - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
ANTIÁCIDOS - SULFATO DE CALCIO - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid regular strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>antacid ultra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>calcium antacid extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium carbonate antacid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>calcium carbonate oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>cvs antacid extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs antacid ultra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>eq antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 750 mg</i>	Nivel 1	OTC
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>calcium carbonate antacid</i>)	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>hm antacid extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm antacid regular strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>long lasting antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAALOX CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>calcium carbonate antacid</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc antacid ultra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>ra antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>ra antacid ultra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
<i>sm antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (150 tablets per 30 days)
TITRALAC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>calcium carbonate antacid</i>)	Nivel 1	OTC
ANTIÁCIDOS - SULFATO DE MAGNESIO - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
MAOX ORAL TABLET (<i>magnesium oxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc magnesium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE ANTIÁCIDOS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>antacid extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs antacid supreme oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>geri-lanta supreme oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
ROLAIDS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ca carbonate-mag hydroxide</i>)	Nivel 1	OTC
ANTIARRÍTMICOS - DRUGS FOR THE HEART		
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-A - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	Nivel 1	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>disopyramide phosphate</i>)	Nivel 2	
NORPACE ORAL CAPSULE (<i>disopyramide phosphate</i>)	Nivel 2	
<i>procainamide hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-B - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>lidocaine in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 1	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
RYTHMOL SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>propafenone hcl</i>)	Nivel 2	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>amiodarone hcl in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>amiodarone hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>	Nivel 1	
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibutilide fumarate</i>)	Nivel 2	MB
<i>dofetilide oral capsule</i>	Nivel 2	SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ibutilide fumarate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
MULTAQ ORAL TABLET (<i>dronedarone hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amiodarone hcl in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 100 Mg)	Nivel 2	
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 200 Mg)	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone Oral Tablet 400 Mg)	Nivel 1	
TIKOSYN ORAL CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	Nivel 2	SP
ANTIARRÍTMICOS VARIOS - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>adenosine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ANTICOAGULANTES - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGENTES TIPO HEPARINA SINTÉTICOS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>fondaparinux sodium</i>)	Nivel 2	SP; QL (30 syringes per 30 days)
ANTICOAGULANTES DERIVADOS DE LA CUMARINA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>warfarin sodium</i> (Jantoven Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTICOAGULANTES IN VITRO/DE BLOQUEO - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>acd formula a in vitro solution</i>	Nivel 2	MB
ACD-A NOCLOT-50 IN VITRO SOLUTION (<i>anticoagulant cit dext soln a</i>)	Nivel 2	MB
<i>anticoagulant sodium citrate in vitro solution</i>	Nivel 2	
TRICITRASOL IN VITRO CONCENTRATE (<i>anticoagulant sodium citrate</i>)	Nivel 2	MB
ANTICOAGULANTES VARIOS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>sodium citrate lock flush intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium citrate lock flush intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	
COMBINACIONES DE ANTICOAGULANTES IN VITRO/DE BLOQUEO - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>sodium citrate-gentamicin sulf intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
HEPARINA Y AGENTES TIPO HEPARINA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	Nivel 2	MB
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 2000-0.9 unit/l-%</i>	Nivel 2	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 2500-0.9 ut/500ml-%, 30000-0.9 unit/l-%, 4000-0.9 unit/l-%, 500-0.9 ut/500ml-%, 5000-0.9 unit/l-%, 5000-0.9 ut/500ml-%</i>	Nivel 2	MB
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	
<i>heparin lock flush intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>heparin sodium (porcine) injection solution</i>	Nivel 1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml</i>	Nivel 1	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/ml</i>	Nivel 2	
<i>heparin sodium lock flush intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	Nivel 1	SP; QL (30 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution</i>	Nivel 1	SP; QL (30 syringes per 30 days)
LOVENOX INJECTION SOLUTION (<i>enoxaparin sodium</i>)	Nivel 2	SP; QL (30 syringes per 30 days)
LOVENOX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>enoxaparin sodium</i>)	Nivel 2	SP; QL (30 syringes per 30 days)
INHIBIDORES DE LA TROMBINA - SELECTIVO DIRECTO Y REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>argatroban in sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>argatroban intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
INHIBIDORES DE LA TROMBINA - TIPO HIRUDINA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>)	Nivel 2	MB
<i>bivalirudin rtu intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>bivalirudin-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apixaban</i>)	Nivel 1	QL (1 pack per 1 year)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (<i>apixaban</i>)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (<i>apixaban</i>)	Nivel 1	QL (74 tablets per 30 days)
ANTICONCEPTIVOS - DRUGS FOR WOMEN		
ANTICONCEPTIVOS BIFÁSICOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Azurette Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kariva Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad-fe biphase</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
MIRCETTE ORAL TABLET (<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Pimtreea Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Simliya Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>viorele oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Volnea Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONCEPTIVOS CONTINUOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Amethyst Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Dolishale Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Amethia Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Ashlyna Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 30 days)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Lo Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Camrese Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Daysee Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Fayosim Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Iclevia Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Introvale Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jaimiess Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Jolessa Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Lojaimiess Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
LOSEASONIQUE ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUARTETTE ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Rivelsa Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
SEASONIQUE ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Setlakin Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i> (Simpesse Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU - BIRTH CONTROL PILLS		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	Nivel 2	MB
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA - BIRTH CONTROL PILLS		
AFTERA ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
AFTERPILL ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
ECONTRA EZ ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
ELLA ORAL TABLET (<i>ulipristal acetate</i>)	Nivel 1	QL (1 tablet per 30 days)
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
MY CHOICE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
MY WAY ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
NEW DAY ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPTION 2 ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
REACT ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
TAKE ACTION ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 30 days)
ANTICONCEPTIVOS DE FASE CUATRO ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
NATAZIA ORAL TABLET (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU - BIRTH CONTROL PILLS		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 2	MB
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 2	MB
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 2	MB
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	Nivel 2	MB
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES - BIRTH CONTROL PILLS		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>etonogestrel</i>)	Nivel 2	MB
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES - BIRTH CONTROL PILLS		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 injection per 12 weekss)
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 injection per 1 fill)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 1	AL; QL (1 injection per 12 weekss)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	Nivel 1	AL; QL (1 injection per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	Nivel 1	AL; QL (1 injection per 1 fill)
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>norethindrone</i> (Camila Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Deblitane Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Errin Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Heather Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Incassia Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Jencycla Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Lyleq Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Lyza Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Nora-Be Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone oral tablet</i>	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Norlyda Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Norlyroc Oral Tablet)	Nivel 1	AL
<i>norethindrone</i> (Sharobel Oral Tablet)	Nivel 1	AL
SLYND ORAL TABLET (<i>drospirenone</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone</i> (Tulana Oral Tablet)	Nivel 1	AL
ANTICONCEPTIVOS TRIFÁSICOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Aranelle Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Caziant Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Enpresse-28 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ESTROSTEP FE ORAL TABLET (<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Leena Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Levonest Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Nylia 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estrad triphasic</i> (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tilia Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri Femynor Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i> (Tri-Legest Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Linyah Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Mili Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Mili Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Nymyo Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Previfem Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Sprintec Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> (Trivora (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> (Tri-Vylibra Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Velivet Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS ORALES - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Afirmelle Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Altavera Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Apri Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aubra Eq Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aubra Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Aurovela 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Aviane Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Ayuna Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
BALCOLTRA ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Balziva Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
BEYAZ ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>briellyn oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Charlotte 24 Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Eq Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Chateal Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Cryselles-28 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Cyclafem 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Eq Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Cyred Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Dasetta 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Delyla Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Elinest Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Emoquette Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enskyce Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Estarylla Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Falmina Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Femynor Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Gem mily Oral Capsule)	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
GENERESS FE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>norethin-eth estradiol-fe</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Hailey 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Hailey Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Isibloom Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Jasmiel Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Juleber Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Junel 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Junel Fe 24 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Kalliga Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Kelnor 1/50 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Kurvelo Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Larin 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Larin Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Larissia Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Layolis Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lessina Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lillow Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1.5/30 (21) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Loestrin 1/20 (21) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Loestrin Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Loryna Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Low-Ogestrel Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Lo-Zumandimine Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Lutera Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>marlissa oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Merzee Oral Capsule)	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> (Microgestin 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1.5/30 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Microgestin Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mili Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
MINASTRIN 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Mono-Linyah Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (<i>drospirenone-estetrol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Nikki Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Nymyo Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Ocella Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Orsythia Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Philith Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Pirmella 1/35 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Portia-28 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Previfem Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> (Reclipsen Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SAFYRAL ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Sprintec 28 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Sronyx Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Syeda Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina 24 Fe Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Tarina Fe 1/20 Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Taysofy Oral Capsule)	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
TAYTULLA ORAL CAPSULE (<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 capsule per 1 day)
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> (Tydemy Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Vestura Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> (Vienva Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Vyfemla Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norgestimate-eth estradiol</i> (Vylibra Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Wera Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
YASMIN 28 ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
YAZ ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zarah Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35 (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Zumandimine Oral Tablet)	Nivel 1	AL; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS - BIRTH CONTROL PILLS		
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	Nivel 2	AL; QL (3 patches per 28 days)
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Xulane Transdermal Patch Weekly)	Nivel 1	AL; QL (3 patches per 30 days)
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> (Zafemy Transdermal Patch Weekly)	Nivel 1	AL; QL (3 patches per 30 days)
COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS VAGINALES - BIRTH CONTROL PILLS		
ANNOVERA VAGINAL RING (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	Nivel 2	QL (1 ring per 1 year)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Eluryng Vaginal Ring)	Nivel 1	AL; QL (1 ring per 30 days)
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	Nivel 1	AL; QL (1 ring per 30 days)
NUVARING VAGINAL RING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	Nivel 2	AL; QL (1 ring per 30 days)
ANTICONVULSIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ÁCIDO VALPROICO - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	DO; QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	DO; QL (3 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	Nivel 2	DO; QL (8 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	Nivel 1	DO; QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 250 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	Nivel 1	
<i>valproate sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>valproic acid oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	Nivel 1	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE GLUTAMATO AMPA - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION (<i>perampanel</i>)	Nivel 2	PA; QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET (<i>perampanel</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONVULSIVOS - BENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>clobazam oral suspension</i>	Nivel 2	PA; QL (16 mL per 1 day)
<i>clobazam oral tablet</i>	Nivel 2	PA; 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)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	QL (2 syringes per 1 fill)
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	QL (2 syringes per 1 fill)
<i>diazepam rectal gel</i>	Nivel 1	QL (2 syringes per 1 fill)
KLONOPIN ORAL TABLET (<i>clonazepam</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NAYZILAM NASAL SOLUTION (<i>midazolam</i> (<i>anticonvulsant</i>))	Nivel 2	PA; QL (50 mg per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION (<i>clobazam</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 mL per 1 day)
ONFI ORAL TABLET (<i>clobazam</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (<i>clobazam</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (<i>clobazam</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 strip per 1 day)
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 cartons per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 cartons per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 cartons per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 cartons per 30 days)
ANTICONVULSIVOS VARIOS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	Nivel 2	PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (<i>rufinamide</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (<i>rufinamide</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	Nivel 2	PA; MB
BRIVIACT ORAL SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG (<i>brivaracetam</i>)	Nivel 2	PA; DO
BRIVIACT ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>brivaracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg	Nivel 1	QL (5 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
carbamazepine oral suspension	Nivel 1	DO; QL (50 mL per 1 day)
carbamazepine oral tablet	Nivel 1	DO; QL (8 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable	Nivel 1	DO; QL (8 tablets per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (carbamazepine)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (carbamazepine)	Nivel 2	QL (5 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (stiripentol)	Nivel 2	PA; SP; QL (12 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (stiripentol)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (stiripentol)	Nivel 2	PA; SP; QL (12 packets per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (stiripentol)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 packets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (levetiracetam)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (cannabidiol)	Nivel 2	PA; SP
carbamazepine (Epitol Oral Tablet)	Nivel 1	DO; QL (8 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (fenfluramine hcl)	Nivel 2	PA; SP; QL (26 mg per 1 day)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (9 capsules per 1 day)
<i>gabapentin oral solution</i>	Nivel 1	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; MB
KEPPRA ORAL SOLUTION (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA
KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 250 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 tablets per 30 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (28 tablets per 28 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (35 tablets per 35 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 42 X 50 MG & 14X100 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (56 units per 28 days)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 200 MG, 25 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 tablets per 30 days)
LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LAMICTAL ORAL TABLET 25 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 35 X 25 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (49 tablets per 28 days)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 84 X 25 MG & 14X100 MG (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA; QL (98 tablets per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>lamotrigine</i>)	Nivel 2	PA
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral kit</i>	Nivel 1	QL (35 tablets per 35 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg</i>	Nivel 1	QL (120 tablets per 30 days)
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	Nivel 1	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	Nivel 1	QL (98 tablets per 35 days)
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	Nivel 1	QL (49 tablets per 28 days)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	Nivel 1	QL (120 tablets per 30 days)
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>levetiracetam intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>levetiracetam oral solution</i>	Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 750 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (<i>pregabalin</i>)	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG, 75 MG (<i>pregabalin</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL SOLUTION (<i>pregabalin</i>)	Nivel 2	QL (30 mL per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET (<i>primidone</i>)	Nivel 2	
NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 400 MG (<i>gabapentin</i>)	Nivel 2	QL (6 capsules per 1 day)
NEURONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (<i>gabapentin</i>)	Nivel 2	QL (9 capsules per 1 day)
NEURONTIN ORAL SOLUTION (<i>gabapentin</i>)	Nivel 2	QL (72 mL per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG (<i>gabapentin</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 800 MG (<i>gabapentin</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	Nivel 1	DO; QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 600 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 2	PA
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet</i>	Nivel 1	
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>topiramate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (<i>topiramate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levetiracetam</i> (Roweepra Oral Tablet)	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>rufinamide oral suspension</i>	Nivel 2	PA
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg)	Nivel 1	
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Oral Tablet 25 Mg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter Kit-Blue Oral Kit)	Nivel 1	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter Kit-Green Oral Kit)	Nivel 1	QL (98 tablets per 35 days)
<i>lamotrigine</i> (Subvenite Starter Kit-Orange Oral Kit)	Nivel 1	QL (49 tablets per 28 days)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	DO; QL (50 mL per 1 day)
TEGRETOL ORAL TABLET (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	DO; QL (8 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 400 MG (<i>carbamazepine</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)
TOPAMAX ORAL TABLET (<i>topiramate</i>)	Nivel 2	PA
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>topiramate</i>)	Nivel 2	PA
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	Nivel 1	
<i>topiramate oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (40 mL per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 2	PA
TRILEPTAL ORAL TABLET 600 MG (<i>oxcarbazepine</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (4 tablets per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>topiramate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (<i>topiramate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lacosamide</i>)	Nivel 2	MB
VIMPAT ORAL SOLUTION (<i>lacosamide</i>)	Nivel 2	PA
VIMPAT ORAL TABLET (<i>lacosamide</i>)	Nivel 2	PA
ZONEGRAN ORAL CAPSULE (<i>zonisamide</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 capsules per 1 day)
<i>zonisamide oral capsule</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
CARBAMATOS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>felbamate oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>felbamate oral tablet</i>	Nivel 1	
FELBATOL ORAL SUSPENSION (<i>felbamate</i>)	Nivel 2	PA
FELBATOL ORAL TABLET (<i>felbamate</i>)	Nivel 2	PA
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 28 years)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 28 years)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIDANTOÍNA - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CEREBYX INJECTION SOLUTION (<i>fosphenytoin sodium</i>)	Nivel 2	MB
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>phenytoin</i>)	Nivel 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	Nivel 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	Nivel 2	PA
DILANTIN ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin fosphenytoin sodium injection solution</i>)	Nivel 2	MB
PHENYTEK ORAL CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	Nivel 2	
<i>phenytoin</i> (Phenytoin Infatabs Oral Tablet Chewable)	Nivel 1	
<i>phenytoin oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>phenytoin sodium injection solution</i>	Nivel 2	MB
MODULADORES DEL ÁCIDO γ-AMINO BUTÍRICO (GABA) - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
GABITRIL ORAL TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	Nivel 2	PA
SABRIL ORAL PACKET (<i>vigabatrin</i>)	Nivel 2	PA; SP
SABRIL ORAL TABLET (<i>vigabatrin</i>)	Nivel 2	PA; SP
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vigabatrin oral packet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>vigabatrin oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Packet)	Nivel 2	PA; SP
SUCCINIMIDAS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CELONTIN ORAL CAPSULE (<i>methsuximide</i>)	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ethosuximide oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution</i>	Nivel 1	
ZARONTIN ORAL CAPSULE (<i>ethosuximide</i>)	Nivel 2	PA
ZARONTIN ORAL SOLUTION (<i>ethosuximide</i>)	Nivel 2	PA
ANTIDEPRESIVOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (3 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; QL (1 tablet per 1 day)
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG (<i>clomipramine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 capsules per 1 day)
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 50 MG (<i>clomipramine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (5 capsules per 1 day)
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 75 MG (<i>clomipramine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (3 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (5 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 capsules per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	DO; QL (30 mL per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (6 tablets per 1 day)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 capsules per 1 day)
<i>imipramine pamoate oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG (<i>desipramine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET 25 MG (<i>desipramine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	Nivel 1	DO; QL (20 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 capsules per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA 2 (TETRACÍCLICOS) - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
REMERON ORAL TABLET (<i>mirtazapine</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>mirtazapine</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA - DRUGS FOR DEPRESSION		
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (<i>esketamine hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (<i>esketamine hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 kits per 28 days)
ANTIDEPRESIVOS VARIOS - DRUGS FOR DEPRESSION		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG (<i>bupropion hbr</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG (<i>bupropion hbr</i>)	Nivel 2	PA
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>bupropion hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG (<i>bupropion hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 150 MG, 200 MG (<i>bupropion hcl</i>)	Nivel 2	
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (<i>bupropion hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG (<i>bupropion hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CÍCLICOS MODIFICADOS - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>nefazodone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>vilazodone hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG (<i>vilazodone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT (<i>vilazodone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 1 year)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA (IMAO) - DRUGS FOR DEPRESSION		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>selegiline</i>)	State Carve-out	SCO
MARPLAN ORAL TABLET (<i>isocarboxazid</i>)	State Carve-out	SCO
NARDIL ORAL TABLET (<i>phenelzine sulfate</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PARNATE ORAL TABLET (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	State Carve-out	SCO
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) - DRUGS FOR DEPRESSION		
CELEXA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>citalopram hydrobromide</i>)	Nivel 2	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
CELEXA ORAL TABLET 40 MG (<i>citalopram hydrobromide</i>)	Nivel 2	
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 capsules per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
LEXAPRO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>escitalopram oxalate</i>)	Nivel 2	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
LEXAPRO ORAL TABLET 20 MG (<i>escitalopram oxalate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (1.5 tablets per 1 day)
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 37.5 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 1 day)
PAXIL ORAL TABLET 10 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
PAXIL ORAL TABLET 20 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
PAXIL ORAL TABLET 30 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
PAXIL ORAL TABLET 40 MG (<i>paroxetine hcl</i>)	Nivel 2	QL (1.5 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEXEVA ORAL TABLET 10 MG (<i>paroxetine mesylate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
PEXEVA ORAL TABLET 20 MG (<i>paroxetine mesylate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
PEXEVA ORAL TABLET 30 MG, 40 MG (<i>paroxetine mesylate</i>)	Nivel 2	PA
PROZAC ORAL CAPSULE 10 MG (<i>fluoxetine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
PROZAC ORAL CAPSULE 20 MG (<i>fluoxetine hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 capsules per 1 day)
PROZAC ORAL CAPSULE 40 MG (<i>fluoxetine hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>sertraline hcl oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	Nivel 1	QL (1 mL per 1 day)
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE (<i>sertraline hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 mL per 1 day)
ZOLOFT ORAL TABLET 100 MG (<i>sertraline hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
ZOLOFT ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (<i>sertraline hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - COMBINACIÓN DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES - DRUGS FOR DEPRESSION		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brexanolone</i>)	Nivel 2	MB
SEROTONINA - INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE NOREPINEFRINA (IRSN) - DRUGS FOR DEPRESSION		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 20 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 30 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG (<i>duloxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (3 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (<i>venlafaxine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 37.5 MG, 75 MG (<i>venlafaxine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>levomilnacipran hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 1 year)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>desvenlafaxine succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG (<i>desvenlafaxine succinate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 225 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIDIABÉTICOS - HORMONES		
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB*** - DRUGS FOR DIABETES		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (<i>empagliflozin-linagliptin-metform</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG (<i>empagliflozin-linagliptin-metform</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1) - DRUGS FOR DIABETES		
ADLYXIN STARTER PACK SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT (<i>lixisenatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 pens per 1 time fill)
ADLYXIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>lixisenatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 pens per 28 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (<i>exenatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 injections per 30 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>exenatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pen per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>exenatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pen per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 pen per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML (<i>semaglutide</i>)	Nivel 1	PA; QL (2 pens per 30 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML (<i>semaglutide</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 pen per 28 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (<i>semaglutide</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 tablets per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (<i>semaglutide</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 tablets per 1 fill)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>dulaglutide</i>)	Nivel 1	PA; QL (4 pens per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 box per 30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA - DERIVADOS DE LA ERGOTAMINA - DRUGS FOR DIABETES		
CYCLOSET ORAL TABLET (<i>bromocriptine mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ANÁLOGOS DE MEGLITINIDAS - DRUGS FOR DIABETES		
<i>nateglinide oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA - DRUGS FOR DIABETES		
KORLYM ORAL TABLET (<i>mifepristone</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA - DRUGS FOR DIABETES		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>pramlintide acetate</i>)	Nivel 1	PA; QL (0.36 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>pramlintide acetate</i>)	Nivel 1	PA; QL (2 boxes per 30 days)
BIGUANIDAS - DRUGS FOR DIABETES		
<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 solution</i>	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (<i>metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 Y BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	Nivel 1	PA; 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 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO ORAL TABLET (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (<i>linagliptin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KAZANO ORAL TABLET (<i>alogliptin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>saxagliptin-metformin</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG (<i>saxagliptin-metformin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
COMBINACIONES DE INSULINA Y MIMÉTICOS DE LA INCRETINA - DRUGS FOR DIABETES		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-lixisenatide</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 pens per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 pens per 25 days)
COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 5-500 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablet per 1 day)
COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-TIAZOLIDINEDIONAS - DRUGS FOR DIABETES		
DUETACT ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>)	Nivel 2	PA
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</i>	Nivel 1	PA
INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 - COMBINACIÓN DE BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES		
INVOKAMET ORAL TABLET (<i>canagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>canagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SEGLUROMET ORAL TABLET (<i>ertugliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 1	PA; 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 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (<i>dapagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>dapagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (<i>dapagliflozin-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDOR DE DPP-4 - COMBINACIÓN DE TIAZOLIDINEDIONAS - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
OSENI ORAL TABLET (<i>alogliptin-pioglitazone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDOR DE SGLT2 - COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE DPP-4 - DRUGS FOR DIABETES		
GLYXAMBI ORAL TABLET (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
QTERN ORAL TABLET (<i>dapagliflozin-saxagliptin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
STEGLUJAN ORAL TABLET (<i>ertugliflozin-sitagliptin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2) - DRUGS FOR DIABETES		
FARXIGA ORAL TABLET (<i>dapagliflozin propanediol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INVOKANA ORAL TABLET (<i>canagliflozin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STEGLATRO ORAL TABLET (<i>ertugliflozin l-pyroglytamidac</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA - DRUGS FOR DIABETES		
<i>acarbose oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>miglitol oral tablet</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
PRECOSE ORAL TABLET (<i>acarbose</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4) - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (<i>sitagliptin phosphate</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NESINA ORAL TABLET (<i>alogliptin benzoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGLYZA ORAL TABLET (<i>saxagliptin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRADJENTA ORAL TABLET (<i>linagliptin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INSULINA HUMANA - DRUGS FOR DIABETES		
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
ADMELOG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 boxes per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 4 & 8 & 12 UNIT, 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 boxes per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 4 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 boxes per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 8 UNIT (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 boxes per 30 days)
APIDRA INJECTION SOLUTION (<i>insulin glulisine</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glulisine</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart (wlniacinamide)</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin aspart (wlniacinamide)</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin aspart (wlniacinamide)</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	Nivel 1	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin lispro</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	PA; QL (21 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	PA; QL (21 mL per 30 days)
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin aspart flexpen subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin aspart penfill subcutaneous solution cartridge</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin aspart subcutaneous solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution</i>	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin detemir</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin detemir</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro-aabc</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro-aabc</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>insulin regular(human) in nacl</i>)	Nivel 2	MB
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin aspart prot & aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin aspart</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine-yfgn</i>)	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-yfgn</i>)	Nivel 2	QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 1	QL (30 mL per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 2	PA; QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	Nivel 2	PA; QL (13.5 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	Nivel 2	PA; QL (18 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin degludec</i>)	Nivel 2	PA; QL (18 mL per 30 days)
OTROS AGENTES PARA LA DIABETES - COMBINACIONES - DRUGS FOR DIABETES		
<i>cvs glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
DEX4 GLUCOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>glucose-vitamin c</i>)	Nivel 1	OTC
DEX4 NATURALS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>glucose-vitamin c</i>)	Nivel 1	OTC
DEX4 ORAL TABLET CHEWABLE (<i>glucose-vitamin c</i>)	Nivel 1	OTC
DEX4 POUCH PACK ORAL TABLET CHEWABLE (<i>glucose-vitamin c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>glucose instant energy oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>glucose-vitamin c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>hy-vee glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>kroger glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>leader glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>longs glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>meijer glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>preferred plus glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>px glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
RELION GLUCOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>glucose-vitamin c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
SMART SENSE GLUCOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>glucose-vitamin c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>tgt glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>up & up glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>value plus glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>walgreens glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
OTROS AGENTES PARA LA DIABETES - DRUGS FOR DIABETES		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	QL (1 pack per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	QL (1 pack per 30 days)
<i>cvs glucose bits oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs glucose oral gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs soft glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCOSE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>diazoxide oral suspension</i>	Nivel 2	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>glucagon hcl (rdna)</i>)	Nivel 1	QL (2 kits per 30 days)
<i>glucagon emergency injection kit</i>	Nivel 2	QL (2 kits per 30 days)
<i>glucagon emergency injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>glucose oral gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
GLUTOSE 15 ORAL GEL (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Nivel 1	OTC
GLUTOSE 45 ORAL GEL (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Nivel 1	OTC
GLUTOSE 5 ORAL GEL (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp quick dissolve glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	QL (0.2 mL per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	QL (0.4 mL per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	QL (2 packs per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glucagon</i>)	Nivel 2	QL (2 packs per 30 days)
<i>leader quick dissolve glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (<i>diazoxide</i>)	Nivel 2	
RELION GLUCOSE ORAL GEL (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
SWEET CHEEKS ORAL GEL (<i>dextrose (diabetic use)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>value plus glucose oral gel</i>	Nivel 1	OTC
<i>walgreens glucose oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dasiglucagon hcl</i>)	Nivel 2	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dasiglucagon hcl</i>)	Nivel 2	QL (1.2 mL per 30 days)
SULFONILUREAS - DRUGS FOR DIABETES		
AMARYL ORAL TABLET 1 MG (<i>glimepiride</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
AMARYL ORAL TABLET 2 MG (<i>glimepiride</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
AMARYL ORAL TABLET 4 MG (<i>glimepiride</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (<i>glipizide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5 MG (<i>glipizide</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (<i>glipizide</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (4 tablets per 1 day)
GLYNASE ORAL TABLET 1.5 MG (<i>glyburide micronized</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 1 day)
GLYNASE ORAL TABLET 3 MG (<i>glyburide micronized</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
GLYNASE ORAL TABLET 6 MG (<i>glyburide micronized</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TIAZOLIDINEDIONAS - DRUGS FOR DIABETES		
ACTOS ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TIAZOLIDINEDIONAS-COMBINACIONES DE BIGUANIDA - DRUGS FOR DIABETES		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>)	Nivel 2	PA
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	Nivel 1	PA
ANTIDIARRÉICOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
AGENTES ANTIDIARRÉICOS VARIOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>bismatrol oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>bismuth oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>bismuth subsalicylate oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs anti-diarrheal oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>cvs stomach relief max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs stomach relief oral suspension 525 mg/15ml</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>cvs stomach relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>diarrhea oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>diotame instydose oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>eq pink-bismuth oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eql stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>eql stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>geri-pectate oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>gnp pink bismuth oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>gnp stomach relief ultra oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense stomach relief oral suspension 1050 mg/30ml</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>hm stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm stomach relief ultra oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
KAOPECTATE EXTRA STRENGTH ORAL SUSPENSION (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC
KAOPECTATE ORAL SUSPENSION (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
KAOPECTATE ORAL TABLET (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>medi-bismuth oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>pink bismuth maximum strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>pink bismuth oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>px stomach relief max st oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>px stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>px stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc diarrhea relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>qc pink bismuth oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>qc pink bismuth oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc pink bismuth oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>sb bismuth oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm stomach relief oral suspension</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>sm stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
SOOTHE MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC
SOOTHE ORAL SUSPENSION (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
SOOTHE ORAL TABLET (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC
SOOTHE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>bismuth subsalicylate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>stomach relief extra strength oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/15ml</i>	Nivel 1	OTC
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	Nivel 1	OTC; QL (80 mL per 30 days)
<i>stomach relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>stomach relief plus oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>stomach relief ultra oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
AGENTES ANTIDIARRÉICOS/PROBIÓTICOS VARIOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>sm stomach relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>hm anti-diarrheal oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>deferasirox granules oral packet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>deferasirox oral packet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>deferasirox oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>deferasirox oral tablet soluble</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>deferiprone oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE (<i>deferasirox</i>)	Nivel 2	PA; SP
FERRIPROX ORAL SOLUTION (<i>deferiprone</i>)	Nivel 2	SP
FERRIPROX ORAL TABLET (<i>deferiprone</i>)	Nivel 2	PA; SP
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (<i>deferiprone</i>)	Nivel 2	PA; SP
JADENU ORAL TABLET (<i>deferasirox</i>)	Nivel 2	PA; SP
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET (<i>deferasirox</i>)	Nivel 2	PA; SP
<i>pentetate calcium trisodium combination solution</i>	Nivel 2	MB
<i>pentetate zinc trisodium combination solution</i>	Nivel 2	MB
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>deferoxamine mesylate</i>)	Nivel 2	MB
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarucizumab</i>)	Nivel 2	MB
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>acetylcysteine</i>)	Nivel 2	MB
<i>acetylcysteine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coag fact xa inactivated-zhzo</i>)	Nivel 2	MB
<i>bal in oil intramuscular solution</i>	Nivel 2	MB
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sugammadex sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>calcium disodium versenate injection solution</i>	Nivel 2	MB
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydroxocobalamin</i>)	Nivel 2	MB
<i>deferoxamine mesylate injection solution reconstituted</i>	Nivel 1	MB
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>digoxin immune fab</i>)	Nivel 2	MB
<i>fomepizole intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pralidoxime chloride</i>)	Nivel 2	MB
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>methylene blue (antidote)</i>)	Nivel 2	MB
<i>sodium nitrite intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
VISTOGARD ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 packets per 1 day)
COMBINACIONES Y KITS DE ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
DUODOTE INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>atropine-pralidoxime chloride</i>)	Nivel 2	MB
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (<i>sodium nitrite-sodium thiosulfate</i>)	Nivel 2	MB
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
ANTAGONISTAS DE LAS BENZODIAZEPINAS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>flumazenil intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
KLOXXADO NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 units per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	State Carve-out	SCO
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</i>	State Carve-out	SCO
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
NARCAN NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	State Carve-out	SCO
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>naltrexone</i>)	State Carve-out	SCO
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
CHEMET ORAL CAPSULE (<i>succimer</i>)	Nivel 2	
ANTÍDOTOS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (<i>prussian blue insoluble</i>)	Nivel 2	
ANTIEMÉTICOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amisulpride (antiemetic)</i>)	Nivel 2	MB
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT3 - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ALOXI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>palonosetron hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>granisetron hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	PA; MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>granisetron hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (10 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml</i>	Nivel 2	MB
<i>ondansetron hcl injection solution 40 mg/20ml</i>	Nivel 2	PA; MB
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (8 mL per 1 day)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	Nivel 1	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	Nivel 1	QL (24 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	Nivel 1	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	Nivel 1	QL (24 tablets per 30 days)
<i>palonosetron hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (<i>granisetron</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>granisetron</i>)	Nivel 2	MB
ZUPLENZ ORAL FILM (<i>ondansetron</i>)	Nivel 2	PA; QL (48 films per 30 days)
ANTIEMÉTICOS - AGENTE ANTICOLINÉRGICO - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANTIVERT ORAL TABLET (<i>meclizine hcl</i>)	Nivel 2	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (<i>meclizine hcl</i>)	Nivel 2	
BONINE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>meclizine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs motion sickness ii oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs motion sickness less drows oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs motion sickness oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs motion sickness relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>dimenhydrinate injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>eq motion sickness relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql motion sickness relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp motion sickness relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>goodsense motion sickness oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm motion sickness oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm motion sickness relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	
<i>meclizine hcl oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>motion sickness relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>motion sickness relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>motion-time oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc motion sickness relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc travel ease oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra motion sickness relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	Nivel 2	
<i>sm motion sickness oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	Nivel 2	MB
TRANSDERM-SCOP TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (<i>scopolamine base</i>)	Nivel 2	
TRAVEL-EASE ORAL TABLET (<i>meclizine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>trav-tabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
WAL-DRAM II ORAL TABLET (<i>meclizine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ANTIEMÉTICOS VARIOS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>dronabinol oral capsule</i>	Nivel 2	PA
MARINOL ORAL CAPSULE (<i>dronabinol</i>)	Nivel 2	PA
SYNDROS ORAL SOLUTION (<i>dronabinol</i>)	Nivel 2	PA
COMBINACIONES DE ANTIEMÉTICOS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (5 vials per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (<i>netupitant-palonosetron</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 capsules per 30 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>doxylamine-pyridoxine</i>)	Nivel 2	PA
<i>cvs nausea relief oral solution</i>	Nivel 1	OTC
DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>doxylamine-pyridoxine</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>goodsense nausea relief oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>nausea relief oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb anti-nausea oral solution</i>	Nivel 1	OTC
SUSTANCIA PARA ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NK1 - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>aprepitant oral</i>	Nivel 2	PA; QL (15 capsules per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (5 capsules per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 fill)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (15 capsules per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (10 capsules per 30 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	Nivel 2	MB; QL (5 vials per 30 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	Nivel 2	MB; QL (5 vials per 30 days)
EMEND ORAL CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 capsules per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>aprepitant</i>)	Nivel 2	PA; QL (15 kits per 30 days)
EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	Nivel 2	PA; QL (15 capsules per 30 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB; QL (5 vials per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rolapitant hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 28 days)
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO BETA 3 - DRUGS FOR THE BLADDER		
GEMTESA ORAL TABLET (<i>vibegron</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>mirabegron</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (<i>mirabegron</i>)	Nivel 2	PA
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG (<i>mirabegron</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS) - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tolterodine tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
DETROL ORAL TABLET (<i>tolterodine tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DITROPAN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>oxybutynin chloride</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GELNIQUE TRANSDERMAL GEL (<i>oxybutynin chloride</i>)	Nivel 2	PA
<i>oxybutynin chloride</i> er oral tablet extended release 24 hour	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride</i> oral syrup	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride</i> oral tablet	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
OXYTROL FOR WOMEN TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>oxybutynin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (8 patches per 28 days)
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>oxybutynin</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
<i>solifenacin succinate</i> oral tablet	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tolterodine tartrate</i> er oral capsule extended release 24 hour	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate</i> oral tablet	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>fesoterodine fumarate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>trospium chloride</i> er oral capsule extended release 24 hour	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>trospium chloride</i> oral tablet	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
VESICARE LS ORAL SUSPENSION (<i>solifenacin succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 1 day)
VESICARE ORAL TABLET (<i>solifenacin succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>flavoxate hcl</i> oral tablet	Nivel 1	
ANTIHELMÍNTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
ANTIHELMÍNTICOS - DRUGS FOR PARASITES		
<i>albendazole</i> oral tablet	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ALBENZA ORAL TABLET (<i>albendazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>benznidazole</i> oral tablet	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BILTRICIDE ORAL TABLET (<i>praziquantel</i>)	Nivel 2	
<i>cvs pinworm treatment oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (<i>mebendazole</i>)	Nivel 2	
<i>ivermectin oral tablet</i>	Nivel 1	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
<i>pin-away oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>pinworm medicine oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
<i>praziquantel oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension</i>	Nivel 1	OTC
STROMECTOL ORAL TABLET (<i>ivermectin</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - DRUGS FOR THE HEART		
*ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLIZET ORAL TABLET (<i>bempedoic acid-ezetimibe</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
*ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLETOL ORAL TABLET (<i>bempedoic acid</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>evinacumab-dgnb</i>)	Nivel 2	PA; MB
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS VARIOS - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>icosapent ethyl oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA-INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe-rosuvastatin oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	Nivel 2	PA
ROSZET ORAL TABLET (<i>ezetimibe-rosuvastatin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VYTORIN ORAL TABLET (<i>ezetimibe-simvastatin</i>)	Nivel 2	PA
DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
ANTARA ORAL CAPSULE (<i>fenofibrate micronized</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 30 mg, 90 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 45 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
FENOGLIDE ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibric acid</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIPOFEN ORAL CAPSULE (<i>fenofibrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (<i>gemfibrozil</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRILIPIX ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>choline fenofibrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NIACOR ORAL TABLET (<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (12 tablets per 1 day)
NIASPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 750 MG (<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NIASPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG (<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET (<i>ezetimibe</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG (<i>lovastatin</i>)	Nivel 2	PA; DO
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (<i>lovastatin</i>)	Nivel 2	PA
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CRESTOR ORAL TABLET 40 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (<i>rosuvastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>flolipid oral suspension</i>	Nivel 2	PA; QL (5 mL per 1 day)
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>fluvastatin sodium</i>)	Nivel 2	PA
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (<i>atorvastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
LIPITOR ORAL TABLET 80 MG (<i>atorvastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>pitavastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 4 MG (<i>pitavastatin calcium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (<i>simvastatin</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
ZOCOR ORAL TABLET 80 MG (<i>simvastatin</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG (<i>pitavastatin magnesium</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYPITAMAG ORAL TABLET 4 MG (<i>pitavastatin magnesium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA DE TRANSFERENCIA DE TRIGLICÉRIDOS MICROSOMALES - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; DO; QL (1 capsule per 1 day)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
INHIBIDORES DE PCSK9 - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>alirocumab</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 pens per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>evolocumab</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 injector per 30 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>evolocumab</i>)	Nivel 1	PA; QL (2 syringes per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>evolocumab</i>)	Nivel 1	PA; QL (2 syringes per 28 days)
SECUESTRADORES DEL ÁCIDO BILIAR - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine light oral packet</i>	Nivel 1	QL (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine light oral powder</i>	Nivel 1	QL (24 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 (24 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)
COLESTID FLAVORED ORAL GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	Nivel 2	QL (30 grams per 1 day)
COLESTID FLAVORED ORAL PACKET (<i>colestipol hcl</i>)	Nivel 2	QL (6 packets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	Nivel 2	QL (30 grams per 1 day)
COLESTID ORAL PACKET (<i>colestipol hcl</i>)	Nivel 2	QL (6 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COLESTID ORAL TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	Nivel 2	QL (16 tablets per 1 day)
<i>colestipol hcl oral granules</i>	Nivel 1	QL (30 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral packet</i>	Nivel 1	QL (6 packets 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 (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine light</i> (Prevalite Oral Powder)	Nivel 1	QL (24 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (<i>cholestyramine light</i>)	Nivel 2	QL (24 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET (<i>cholestyramine</i>)	Nivel 2	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (<i>cholestyramine</i>)	Nivel 2	QL (24 grams per 1 day)
WELCHOL ORAL PACKET (<i>colesevelam hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 packet per 1 day)
WELCHOL ORAL TABLET (<i>colesevelam hcl</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 1 day)
ANTIHIPERTENSIVOS - DRUGS FOR THE HEART		
AGENTES PARA FEOCROMOCITOMAS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
DEMSER ORAL CAPSULE (<i>metirosine</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 capsules per 1 day)
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>metirosine oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (16 capsules per 1 day)
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>phentolamine mesylate injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES D1 DE LA DOPAMINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CORLOPAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fenoldopam mesylate</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ATACAND ORAL TABLET (<i>candesartan cilexetil</i>)	Nivel 2	PA
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (<i>irbesartan</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
AVAPRO ORAL TABLET 300 MG (<i>irbesartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR ORAL TABLET 20 MG (<i>olmesartan medoxomil</i>)	Nivel 2	PA; DO
BENICAR ORAL TABLET 40 MG (<i>olmesartan medoxomil</i>)	Nivel 2	PA
BENICAR ORAL TABLET 5 MG (<i>olmesartan medoxomil</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet</i>	Nivel 1	
COZAAR ORAL TABLET (<i>losartan potassium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG (<i>valsartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 320 MG (<i>valsartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (<i>valsartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
EDARBI ORAL TABLET 40 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	Nivel 2	PA; DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	Nivel 2	PA
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
MICARDIS ORAL TABLET 20 MG (<i>telmisartan</i>)	Nivel 2	PA; DO
MICARDIS ORAL TABLET 40 MG (<i>telmisartan</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
MICARDIS ORAL TABLET 80 MG (<i>telmisartan</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>telmisartan oral tablet 40 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	Nivel 2	PA; 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 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II-BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-25 MG (<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>)	Nivel 2	
EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG (<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO DE ALDOSTERONA (SARA) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone oral tablet</i>	Nivel 2	
INSPIRA ORAL TABLET (<i>eplerenone</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN CENTRAL - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	Nivel 2	DO; QL (8 patch per 28 days)
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	Nivel 2	DO; QL (8 patch per 28 days)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	Nivel 2	QL (8 patch per 28 days)
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr</i>	Nivel 2	DO; QL (8 patch per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	Nivel 2	QL (8 patch per 28 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet 2 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablets per 1 day)
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN PERIFÉRICA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<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)
MINIPRESS ORAL CAPSULE (<i>prazosin hcl</i>)	Nivel 2	
<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)
ANTIHIPERTENSIVOS VARIOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
VECAMYL ORAL TABLET (<i>mecamylamine hcl</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	Nivel 2	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	Nivel 2	DO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 2	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	Nivel 2	DO
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	Nivel 2	
AZOR ORAL TABLET 5-20 MG (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	Nivel 2	DO
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG (<i>amlodipine besylate-valsartan</i>)	Nivel 2	
EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG (<i>amlodipine besylate-valsartan</i>)	Nivel 2	DO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	Nivel 2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	Nivel 2	DO
COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS TIPO TIAZIDA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG (<i>candesartan cilexetil-hctz</i>)	Nivel 2	PA
ATACAND HCT ORAL TABLET 32-12.5 MG, 32-25 MG (<i>candesartan cilexetil-hctz</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 300-12.5 MG (<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	Nivel 1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG (<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG (<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET (<i>azilsartan-chlorthalidone</i>)	Nivel 2	PA
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG (<i>losartan potassium-hctz</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG (<i>losartan potassium-hctz</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG (<i>telmisartan-hctz</i>)	Nivel 2	PA; DO
MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-12.5 MG, 80-25 MG (<i>telmisartan-hctz</i>)	Nivel 2	PA
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet 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)
COMBINACIONES DE BETABLOQUEADORES Y DIURÉTICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<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)
DUTOPROL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	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)
TENORETIC 100 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ZIAC ORAL TABLET (<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (ECA) Y COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG (<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
LOTREL ORAL CAPSULE 5-10 MG, 5-20 MG (<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE LA ECA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ACCUPRIL ORAL TABLET (<i>quinapril hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE (<i>ramipril</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>benazepril hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>enalapril maleate oral solution</i>	Nivel 2	PA; QL (40 mL per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalaprilat intravenous injectable</i>	Nivel 2	MB
EPANED ORAL SOLUTION (<i>enalapril maleate</i>)	Nivel 2	PA; QL (40 mL per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET (<i>benazepril hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 7.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>perindopril erbumine oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (<i>lisinopril</i>)	Nivel 2	PA; QL (40 mL per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET (<i>enalapril maleate</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (<i>lisinopril</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG (<i>lisinopril</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA ECA Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/DIURÉTICO TIPO TIAZIDA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ACCURETIC ORAL TABLET (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 tablet per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG (<i>aliskiren fumarate</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
TEKTURNA ORAL TABLET 300 MG (<i>aliskiren fumarate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/COMBINACIÓN TIPO TIAZIDA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG (<i>aliskiren-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG (<i>aliskiren-hydrochlorothiazide</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VASODILATADORES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>hydralazine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>minoxidil oral tablet</i>	Nivel 1	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nitroprusside sodium-nacl</i>)	Nivel 2	MB
<i>nitroprusside sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium nitroprusside intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ANTIHIISTAMÍNICOS - DRUGS FOR THE LUNGS		
ANTIHIISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>aller-chlor oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>allergy oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>chlorhist oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs allergy relief oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
DIABETIC TUSSIN ALLERGY ORAL SYRUP (<i>chlorpheniramine maleate</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ed chlorped jr oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq chlortabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>pharbechlor oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc allergy relief 4-hour oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc chlor-pheniramine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra chlorpheniramine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
RYCLORA ORAL SOLUTION (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	Nivel 2	
<i>sb chlorpheniramine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm allergy 4 hour oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
WAL-FINATE ORAL TABLET (<i>chlorpheniramine maleate</i>)	Nivel 1	OTC
ANTI-HISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>aler-cap oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>alertab oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>allergy childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>allergy relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>allergy relief childrens oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>anti-hist allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>aurodryl allergy childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
BANOPHEN ORAL CAPSULE 50 MG (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
BANOPHEN ORAL TABLET (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	Nivel 1	AL
<i>carbinoxamine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	AL
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>complete allergy medicine oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>complete allergy medicine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>complete allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>cvs allergy oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>cvs allergy relief adult oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>cvs allergy relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>cvs allergy relief childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs allergy relief childrens oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>cvs allergy relief oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>cvs allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>cvs childrens allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF ORAL TABLET (<i>clemastine fumarate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>diphen oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diphenhist oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	Nivel 2	QL (120 mL per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 6.25 mg/ml</i>	Nivel 1	OTC
<i>diphenhydramine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>dye-free allergy relief oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>eq allergy relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>eq allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>eq allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>eq allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>eq allergy relief childrens oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>eq childrens allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>geri-dryl oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>geri-dryl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>gnp allergy childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>gnp allergy oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>gnp allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>gnp allergy relief max st oral liquid</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>gnp allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>gnp allergy relief oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp childrens allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>h-e-b childrens allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>hm allergy relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>hm allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>hm allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>carbinoxamine maleate</i>)	Nivel 2	AL; QL (40 mL per 1 day)
<i>kp diphenhydramine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>liquid allergy relief oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>m-dryl oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
MEDI-PHEDRYL ORAL CAPSULE (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>meijer antihistamine allergy oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
NARAMIN ORAL LIQUID (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
PEDIACARE CHILDRENS ALLERGY ORAL LIQUID (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>pharbedryl oral capsule 50 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>px allergy oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>px allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>px allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc allergy childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>qc allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>qc complete allergy medicine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>ra allergy medication oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>ra allergy medication oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>ra allergy medication oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>ra allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>ra allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>ra allergy relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>ra allergy relief childrens oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>ra complete allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
RA DIPHEDRYL ALLERGY ORAL LIQUID (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
RYVENT ORAL TABLET (<i>carbinoxamine maleate</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sb allergy medicine oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>sb allergy medicine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>sb allergy oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>siladryl allergy oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>sm allergy relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>sm allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>sm allergy relief oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
TOTAL ALLERGY MEDICINE ORAL LIQUID (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
<i>total allergy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
WAL-DRYL ALLERGY CHILDRENS ORAL LIQUID (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
WAL-DRYL ALLERGY ORAL CAPSULE (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 mL per 1 day)
WAL-DRYL ALLERGY ORAL TABLET (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
WAL-DRYL ALLERGY REL CHILDRENS ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>diphenhydramine hcl</i>)	Nivel 1	OTC
ANTIHIISTAMÍNICOS - FENOTIAZINA - DRUGS FOR ALLERGIES		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (<i>promethazine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>promethazine hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>promethazine hcl oral solution</i>	Nivel 1	AL
<i>promethazine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	AL
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>promethazine hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (120 tablets per 30 days)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	Nivel 1	AL
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY (<i>promethazine hcl</i>)	Nivel 1	AL
ANTIHIISTAMÍNICOS - NO SEDANTES - DRUGS FOR ALLERGIES		
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>allergy childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>allergy relief child oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>allergy relief childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>allergy relief oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>allergy relief oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>allergy relief indoor/outdoor oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cetirizine hcl oral solution</i>	Nivel 2	PA; QL (10 mL per 1 day)
<i>childrens loratadine oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>childrens loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (<i>desloratadine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs allergy relief childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>cvs allergy relief childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs allergy relief oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs allergy relief oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq allergy childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 ML per 1 day)
<i>eq allergy relief childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>eq allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq loratadine childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	PA; OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq loratadine oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq1 allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp loratadine childrens oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>gnp loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>gnp loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>goodsense allergy relief oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>goodsense allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hm allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>hm loratadine childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>hm loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
KLS ALLERCLEAR ORAL TABLET (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>loradamed oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>loratadine childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>loratadine childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>loratadine oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>meijer allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>meijer allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>meijer loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>mm fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px allergy relief loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc allergy relief childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>qc allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
QUZYTIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetirizine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>ra allergy relief (loratadine) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra allergy relief childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>ra loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sb allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sb loratadine allergy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sb loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>sb loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm allergy childrens oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>sm allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm childrens loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm loratadine oral syrup</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>sm loratadine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
TRIAMINIC ALLERCHEWS ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-FEX ORAL TABLET (<i>fexofenadine hcl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-ITIN ALLERGY CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-ITIN ALLERGY REDITABS ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-ITIN ALLER-MELTS ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-ITIN CHILDRENS ORAL SOLUTION (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
WAL-ITIN ORAL SYRUP (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WAL-ITIN ORAL TABLET (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-ITIN ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WAL-VERT ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>loratadine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIHIISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	Nivel 1	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS)*** - ANTIBIOTICS		
BREXAFEMME ORAL TABLET (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 fill)
ANTIMICÓTICO - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DEL GLUCANO (EQUINOCANDINAS) - ANTIBIOTICS		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>caspofungin acetate</i>)	Nivel 2	MB
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anidulafungin</i>)	Nivel 2	MB
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
ANTIMICÓTICOS - DRUGS FOR FUNGUS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>amphotericin b lipid</i>)	Nivel 2	MB
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amphotericin b liposome</i>)	Nivel 2	MB
ANCOBON ORAL CAPSULE (<i>flucytosine</i>)	Nivel 2	PA
<i>flucytosine oral capsule</i>	Nivel 1	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	Nivel 1	
TRIAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS		
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 injection per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML (<i>fluconazole</i>)	Nivel 2	
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML (<i>fluconazole</i>)	Nivel 2	QL (10 mL per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG (<i>fluconazole</i>)	Nivel 2	
DIFLUCAN ORAL TABLET 200 MG (<i>fluconazole</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	Nivel 1	QL (10 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>itraconazole oral capsule</i>	Nivel 1	PA; QL (126 capsules per 30 days)
<i>itraconazole oral solution</i>	Nivel 2	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>posaconazole</i>)	Nivel 2	MB
NOXAFIL ORAL SUSPENSION (<i>posaconazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>posaconazole</i>)	Nivel 2	PA
<i>posaconazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA
SPORANOX ORAL CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (126 capsules per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPORANOX ORAL SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (20 mL per 1 day)
SPORANOX PULSEPAK ORAL CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (126 capsules per 30 days)
<i>tolsura oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (126 capsules per 30 days)
VFEND IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>voriconazole</i>)	Nivel 2	MB
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>voriconazole</i>)	Nivel 2	PA
VFEND ORAL TABLET (<i>voriconazole</i>)	Nivel 2	PA
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 1	MB
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	PA
<i>voriconazole oral tablet</i>	Nivel 1	PA
ANTINEOPLÁSTICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS - DRUGS FOR CANCER		
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALECENSA ORAL CAPSULE (<i>alectinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (<i>brigatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (<i>brigatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (<i>brigatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>brigatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
XALKORI ORAL CAPSULE (<i>crizotinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYKADIA ORAL TABLET (<i>ceritinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-BCMA ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
BLENREP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belantamab mafodotin-blmf</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mogamulizumab-kpkc</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tafasitamab-cxix</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>loncastuximab tesirine-lpyl</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>ofatumumab</i>)	Nivel 2	MB
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>obinutuzumab</i>)	Nivel 2	MB
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-arrx</i>)	Nivel 2	MB
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-pvvr</i>)	Nivel 2	MB
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-abbs</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
LUMOXITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>moxetumomab pasudotox-tdfk</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>inotuzumab ozogamicin</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>brentuximab vedotin</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>gemtuzumab ozogamicin</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>daratumumab</i>)	Nivel 2	MB
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>isatuximab-irfc</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>polatuzumab vedotin-piiq</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>naxitamab-gqgk</i>)	Nivel 2	MB
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dinutuximab</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-pkrb</i>)	Nivel 2	MB
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-anns</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>margetuximab-cmkb</i>)	Nivel 2	MB
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dkst</i>)	Nivel 2	MB
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dttb</i>)	Nivel 2	MB
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-qyyp</i>)	Nivel 2	MB
TUKYSA ORAL TABLET (<i>tucatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfortumab vedotin-ejfv</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dostarlimab-gxly</i>)	Nivel 2	MB
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pembrolizumab</i>)	Nivel 2	MB
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cemiplimab-rwlc</i>)	Nivel 2	PA; MB
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>avelumab</i>)	Nivel 2	MB
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>durvalumab</i>)	Nivel 2	MB
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>atezolizumab</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>elotuzumab</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tisotumab vedotin-tftv</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (<i>bosutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
GLEEVEC ORAL TABLET (<i>imatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
ICLUSIG ORAL TABLET (<i>ponatinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
SCEMBLIX ORAL TABLET (<i>asciminib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
SPRYCEL ORAL TABLET (<i>dasatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
TASIGNA ORAL CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (<i>zanubrutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
CALQUENCE ORAL CAPSULE (<i>acalabrutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMBRUVICA ORAL TABLET (<i>ibrutinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
EXKIVITY ORAL CAPSULE (<i>mobocertinib succinate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
GILOTRIF ORAL TABLET (<i>afatinib dimaleate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
IRESSA ORAL TABLET (<i>gefitinib</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>necitumumab</i>)	Nivel 2	MB
TAGRISSO ORAL TABLET (<i>osimertinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>erlotinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
TARCEVA ORAL TABLET 25 MG (<i>erlotinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
VIZIMPRO ORAL TABLET (<i>dacomitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
WELIREG ORAL TABLET (<i>belzutifan</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
LUMAKRAS ORAL TABLET (<i>sotorasib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TABRECTA ORAL TABLET (<i>capmatinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
TEPMETKO ORAL TABLET (<i>tepotinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TAZVERIK ORAL TABLET (<i>tazemetostat hbr</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
RYBREVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amivantamab-vmjw</i>)	Nivel 2	MB
*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AYVAKIT ORAL TABLET (<i>avapritinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
GAVRETO ORAL CAPSULE (<i>pralsetinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG (<i>selpercatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>selinexor</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
*MYELOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trilaciclib dihydrochloride</i>)	Nivel 2	MB
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sacituzumab govitecan-hziy</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES ALQUILANTES - DRUGS FOR CANCER		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	Nivel 2	MB
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>busulfan intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>busulfan</i>)	Nivel 2	MB
<i>cisplatin intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	SP
MYLERAN ORAL TABLET (<i>busulfan</i>)	Nivel 1	SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thiotepa</i>)	Nivel 2	MB
<i>thiotepa injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>lurbinectedin</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTES DE LA ENZIMA CARBOXIPEPTIDASA - DRUGS FOR CANCER		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>glucarpidase</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES DE RESCATE ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO - DRUGS FOR CANCER		
KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>levoleucovorin</i>)	Nivel 2	MB
<i>leucovorin calcium injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>levoleucovorin calcium pf intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
AGENTES PROTECTORES CARDÍACOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
TOTECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dexrazoxane hcl</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES PROTECTORES DEL TRACTO URINARIO - DRUGS FOR CANCER		
ETHYOL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>amifostine</i>)	Nivel 2	MB
<i>mesna intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mesna</i>)	Nivel 2	MB
MESNEX ORAL TABLET (<i>mesna</i>)	Nivel 1	PA
AGENTES VIRALES ONCOLÍTICOS - HSV1 - DRUGS FOR CANCER		
IMLYGIC INTRALESIONAL SUSPENSION (<i>talimogene laherparepvec</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>bexarotene oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)
TARGRETIN ORAL CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO - DRUGS FOR CANCER		
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>fulvestrant</i>)	Nivel 2	MB
ANTAGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINA (GNRH) - DRUGS FOR CANCER		
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>degarelix acetate</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (2 injections per 1 year)
ORGOVYX ORAL TABLET (<i>relugolix</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIANDRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
CASODEX ORAL TABLET (<i>bicalutamide</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ERLEADA ORAL TABLET (<i>apalutamide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
<i>flutamide oral capsule</i>	Nivel 1	
NILANDRON ORAL TABLET (<i>nilutamide</i>)	Nivel 2	SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nilutamide oral tablet</i>	Nivel 2	SP; QL (1 tablet per 1 day)
NUBEQA ORAL TABLET (<i>darolutamide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
XTANDI ORAL CAPSULE (<i>enzalutamide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER		
COSMEGEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dactinomycin</i>)	Nivel 2	MB
<i>dactinomycin intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>daunorubicin hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
DOXIL INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>doxorubicin hcl liposomal</i>)	Nivel 2	MB
ELLENCÉ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>epirubicin hcl</i>)	Nivel 2	MB
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarubicin hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>idarubicin hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mitomycin</i>)	Nivel 2	PA; MB
<i>mitomycin intravesical solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (<i>valrubicin</i>)	Nivel 2	MB
ANTICUERPO ANTINEOPLÁSICO - COMPLEJOS DE FÁRMACOS - DRUGS FOR CANCER		
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fam-trastuzumab deruxtec-nxki</i>)	Nivel 2	MB
ANTICUERPOS ANTIADRENAL - DRUGS FOR CANCER		
LYSODREN ORAL TABLET (<i>mitotane</i>)	Nivel 2	SP; QL (38 tablets per 1 day)
ANTIESTRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER		
FARESTON ORAL TABLET (<i>toremifene citrate</i>)	Nivel 2	SP; QL (1 tablet per 1 day)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (<i>tamoxifen citrate</i>)	Nivel 2	
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	Nivel 2	SP; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIMETABOLITOS - DRUGS FOR CANCER		
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nelarabine</i>)	Nivel 2	MB
<i>azacitidine injection suspension reconstituted</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cladribine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>clofarabine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
CLOLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>clofarabine</i>)	Nivel 2	MB
DACOGEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>decitabine</i>)	Nivel 2	MB
<i>floxuridine injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pralatrexate</i>)	Nivel 2	MB
INFUGEM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gemcitabine hcl-nacl</i>)	Nivel 2	MB
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>methotrexate sodium injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 1	MB
<i>methotrexate sodium oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>nelarabine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ONUREG ORAL TABLET (<i>azacitidine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (14 tablets per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION (<i>mercaptopurine</i>)	Nivel 2	PA
TABLOID ORAL TABLET (<i>thioguanine</i>)	Nivel 1	
TREXALL ORAL TABLET (<i>methotrexate sodium</i>)	Nivel 1	
VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>azacitidine</i>)	Nivel 2	MB
XATMEP ORAL SOLUTION (<i>methotrexate</i>)	Nivel 2	PA; SP
XELODA ORAL TABLET (<i>capecitabine</i>)	Nivel 2	PA; SP
ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES FOTOACTIVADOS - DRUGS FOR CANCER		
PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>porfimer sodium</i>)	Nivel 2	MB
UVADEX INJECTION SOLUTION (<i>methoxsalen (photopheresis)</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPO PARA TERAPIA CON RADIOFÁRMACOS - DRUGS FOR CANCER		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (<i>ibritumomab tiuxetan for y-90</i>)	Nivel 2	MB
ANTINEOPLÁSTICOS - COMBINACIONES DE AGENTES HORMONALES Y OTROS RELACIONADOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>leuprolide acetate-bupivacaine intramuscular solution</i>	Nivel 2	
ANTINEOPLÁSTICOS - ENGRAPADORES DE CÉLULAS T BIESPECÍFICOS - DRUGS FOR CANCER		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>blinatumomab</i>)	Nivel 2	MB
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE BCL-2 - DRUGS FOR CANCER		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (<i>venetoclax</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (<i>venetoclax</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>venetoclax</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 1 year)
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE CINASA DEL RECEPTOR DE LA TROPOMIOSINA - DRUGS FOR CANCER		
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG (<i>entrectinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG (<i>entrectinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
VITRAKVI ORAL SOLUTION (<i>larotrectinib sulfate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (10 mL per 1 day)
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA MTOR - DRUGS FOR CANCER		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE (<i>everolimus</i>)	Nivel 2	PA; SP
AFINITOR ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	Nivel 2	PA; SP
<i>everolimus oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	Nivel 2	PA; SP
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>sirolimus protein-bound part</i>)	Nivel 2	MB
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>temsirolimus</i>)	Nivel 2	MB
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA BRAF - DRUGS FOR CANCER		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (<i>encorafenib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
TAFINLAR ORAL CAPSULE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
ZELBORAF ORAL TABLET (<i>vemurafenib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DE FIBROBLASTOS (FCF) - DRUGS FOR CANCER		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (<i>erdafitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (<i>erdafitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
PEMAZYRE ORAL TABLET (<i>pemigatinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (14 tablets per 21 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>infigratinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>infigratinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>infigratinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>infigratinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA HISTONA DESACETILASA - DRUGS FOR CANCER		
FARYDAK ORAL CAPSULE (<i>panobinostat lactate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ISTODAX (OVERFILL) INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romidepsin</i>)	Nivel 2	MB
<i>romidepsin intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ZOLINZA ORAL CAPSULE (<i>vorinostat</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE HEDGEHOG - DRUGS FOR CANCER		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (<i>vismodegib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ODOMZO ORAL CAPSULE (<i>sonidegib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MEK - DRUGS FOR CANCER		
COTELLIC ORAL TABLET (<i>cobimetinib fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
MEKTOVI ORAL TABLET (<i>binimetinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL PROTEASOMA - DRUGS FOR CANCER		
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>carfilzomib</i>)	Nivel 2	MB
NINLARO ORAL CAPSULE (<i>ixazomib citrate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 28 days)
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bortezomib</i>)	Nivel 2	MB
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES MULTICINASAS - DRUGS FOR CANCER		
CABOMETYX ORAL TABLET (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (<i>vandetanib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (<i>vandetanib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 dose pack per 28 days)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 dose pack per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (<i>cabozantinib s-malate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 dose pack per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FOTIVDA ORAL CAPSULE (<i>tivozanib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (21 tablets per 28 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
NERLYNX ORAL TABLET (<i>neratinib maleate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
NEXAVAR ORAL TABLET (<i>sorafenib tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
QINLOCK ORAL TABLET (<i>ripretinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
RYDAPT ORAL CAPSULE (<i>midostaurin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
STIVARGA ORAL TABLET (<i>regorafenib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (84 tablets per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
SUTENT ORAL CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
TURALIO ORAL CAPSULE (<i>pexidartinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
TYKERB ORAL TABLET (<i>lapatinib ditosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
UKONIQ ORAL TABLET (<i>umbralisib tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
VOTRIENT ORAL TABLET (<i>pazopanib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
XOSPATA ORAL TABLET (<i>gilteritinib fumarate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOMODULADORES - DRUGS FOR CANCER		
POMALYST ORAL CAPSULE (<i>pomalidomide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (21 capsules per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOTERAPIA CELULAR AUTÓLOGA - DRUGS FOR CANCER		
ABECMA INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>idecabtagene vicleucel</i>)	Nivel 2	MB
BREYANZI INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>lisocabtagene maraleucel</i>)	Nivel 2	MB
KYMRIAH INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>tisagenlecleucel</i>)	Nivel 2	MB
PROVENGE INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>sipuleucel-t</i>)	Nivel 2	MB
TECARTUS INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>brexucabtagene autoleucel</i>)	Nivel 2	MB
YESCARTA INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>axicabtagene ciloleucel</i>)	Nivel 2	MB
ANTINEOPLÁSICOS - INTERLEUCINAS - DRUGS FOR CANCER		
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tagraxofusp-erzs</i>)	Nivel 2	MB
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aldesleukin</i>)	Nivel 2	PA; MB
ANTINEOPLÁSICOS VARIOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 syringes per 28 days)
HYDREA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	Nivel 2	
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	Nivel 1	
MATULANE ORAL CAPSULE (<i>procarbazine hcl</i>)	Nivel 2	SP
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentostatin</i>)	Nivel 2	MB
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>bcg live</i>)	Nivel 2	MB
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>arsenic trioxide</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>daratumumab-hyaluronidase-fihj</i>)	Nivel 2	SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i>)	Nivel 2	PA; MB
INQOVI ORAL TABLET (<i>decitabine-cedazuridine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (5 tablets per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib-letrozole</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib-letrozole</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib-letrozole</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 carton per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET (<i>trifluridine-tipiracil</i>)	Nivel 2	PA; SP
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML (<i>pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf</i>)	Nivel 2	SP; QL (1 vial per 42 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 80-40-2000 MG-MG-U/ML (<i>pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf</i>)	Nivel 2	SP; QL (1 vial per 21 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>rituximab-hyaluronidase human</i>)	Nivel 2	MB
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>daunorubicin-cytarabine lipo</i>)	Nivel 2	MB
COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - AGENTES DE HIPERURICEMIA - DRUGS FOR CANCER		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rasburicase</i>)	Nivel 2	MB
COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - FACTORES DE CRECIMIENTO DE LOS QUERATINOCITOS - DRUGS FOR CANCER		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>palifermin</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENZIMAS ANTINEOPLÁSICAS - DRUGS FOR CANCER		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	Nivel 2	MB
ERWINASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>asparaginase erwinia chrysanth</i>)	Nivel 2	MB
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (<i>pegaspargase</i>)	Nivel 2	MB
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>asparaginase erwinia chry-rywn</i>)	Nivel 2	MB
ESTRÓGENOS - ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER		
EMCYT ORAL CAPSULE (<i>estramustine phosphate sodium</i>)	Nivel 1	PA; SP
IMIDAZOTETRAZINA - DRUGS FOR CANCER		
TEMODAR ORAL CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
INHIBIDORES DE BIOSÍNTESIS DE ANDRÓGENOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>abiraterone acetate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
YONSA ORAL TABLET (<i>abiraterone acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
ZYTIGA ORAL TABLET (<i>abiraterone acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 1 (IDH1) - DRUGS FOR CANCER		
TIBSOVO ORAL TABLET (<i>ivosidenib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDORES DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 2 (IDH2) - DRUGS FOR CANCER		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA AROMATASA - DRUGS FOR CANCER		
<i>anastrozole oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
ARIMIDEX ORAL TABLET (<i>anastrozole</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
AROMASIN ORAL TABLET (<i>exemestane</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>exemestane oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
FEMARA ORAL TABLET (<i>letrozole</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>letrozole oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) ASOCIADOS - DRUGS FOR CANCER		
INREBIC ORAL CAPSULE (<i>fedratinib hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
JAKAFI ORAL TABLET (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA FOSFOINOSITIDA-3-QUINASAS (PI3K) - DRUGS FOR CANCER		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>copanlisib hcl</i>)	Nivel 2	MB
COPIKTRA ORAL CAPSULE (<i>duvelisib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYDELIG ORAL TABLET (<i>idelalisib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP) - DRUGS FOR CANCER		
LYNPARZA ORAL TABLET (<i>olaparib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
RUBRACA ORAL TABLET (<i>rucaparib camsylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
TALZENNA ORAL CAPSULE (<i>talazoparib tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
ZEJULA ORAL CAPSULE (<i>niraparib tosylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
INHIBIDORES DE LA QUINASA DEPENDIENTE DE CICLINA (CDK) - DRUGS FOR CANCER		
IBRANCE ORAL CAPSULE (<i>palbociclib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (21 capsules per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET (<i>palbociclib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (21 tablets per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
VERZENIO ORAL TABLET (<i>abemaciclib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I - DRUGS FOR CANCER		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>irinotecan hcl</i>)	Nivel 2	MB
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>topotecan hcl</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>irinotecan hcl liposome</i>)	Nivel 2	MB
INHIBIDORES DEL VEGF - DRUGS FOR CANCER		
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ramucirumab</i>)	Nivel 2	MB
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 tablets per 1 day)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (30 capsules per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 capsules per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (90 capsules per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 capsules per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (90 capsules per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 pack per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (60 capsules per 30 days)
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-awwb</i>)	Nivel 2	MB
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-bvzr</i>)	Nivel 2	MB
INHIBIDORES MIÓTICOS - DRUGS FOR CANCER		
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>etoposide phosphate</i>)	Nivel 2	MB
<i>etoposide oral capsule</i>	Nivel 1	SP
MARQIBO INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>vincristine sulfate liposome</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
MOSTAZAS DE NITRÓGENO - DRUGS FOR CANCER		
ALKERAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	Nivel 2	MB
ALKERAN ORAL TABLET (<i>melphalan</i>)	Nivel 2	SP
<i>cyclophosphamide intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	Nivel 1	SP
<i>cyclophosphamide oral tablet</i>	Nivel 2	SP
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	Nivel 2	MB
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ifosfamide</i>)	Nivel 2	MB
<i>ifosfamide intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
LEUKERAN ORAL TABLET (<i>chlorambucil</i>)	Nivel 1	
<i>melphalan hcl intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
NITROSOUREA - DRUGS FOR CANCER		
BICNU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>carmustine</i>)	Nivel 2	MB
<i>carmustine intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (<i>lomustine</i>)	Nivel 2	PA
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (<i>carmustine in polifeprosan</i>)	Nivel 2	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>streptozocin</i>)	Nivel 2	MB
PROGESTINAS - ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER		
<i>hydroxyprogesterone caproate intramuscular solution</i>	Nivel 1	SP; QL (25 ML per 132 days)
<i>megestrol acetate oral suspension</i>	Nivel 1	PA
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	Nivel 1	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RADIOFÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS - DRUGS FOR CANCER		
AZEDRA DOSIMETRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iobenguane i 131</i>)	Nivel 2	MB
AZEDRA THERAPEUTIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iobenguane i 131</i>)	Nivel 2	MB
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 dotatate</i>)	Nivel 2	MB
QUADRAMET INTRAVENOUS SOLUTION (<i>samarium sm 153 lexicidronam</i>)	Nivel 2	MB
<i>strontium chloride sr-89 intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>radium ra 223 dichloride</i>)	Nivel 2	MB
RETINIOIDES - DRUGS FOR CANCER		
<i>tretinoin oral capsule</i>	Nivel 1	
TETRAHIDROISOQUINOLINAS - DRUGS FOR CANCER		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trabectedin</i>)	Nivel 2	MB
ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR PARASITES		
ARAKODA ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	Nivel 2	QL (64 tablets per 1 year)
<i>artesunate intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	Nivel 1	
DARAPRIM ORAL TABLET (<i>pyrimethamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	Nivel 1	QL (90 tablets per 30 fills)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 400 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 fill)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (5 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLAQUENIL ORAL TABLET (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	Nivel 2	QL (90 tablets per 30 fills)
<i>primaquine phosphate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (<i>quinine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (60 capsules per 1 year)
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (60 capsules per 1 year)
COMBINACIONES DE ANTIPALÚDICOS - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET (<i>artemether-lumefantrine</i>)	Nivel 2	
MALARONE ORAL TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	Nivel 2	
ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR PARKINSON		
NOURIANZ ORAL TABLET (<i>istradefylline</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS - DRUGS FOR PARKINSON		
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM (<i>apomorphine hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (5 films per 1 day)
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>pramipexole dihydrochloride</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>rotigotine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 patch per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>benztropine mesylate injection solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
COGENTIN INJECTION SOLUTION (<i>benztropine mesylate</i>)	State Carve-out	SCO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
COMBINACIONES DE LEVODOPA - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet</i>	Nivel 1	
DHIVY ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	Nivel 2	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (<i>carbidopa-levodopa</i>)	Nivel 2	SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	Nivel 2	PA; QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	Nivel 2	PA; QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	Nivel 2	
STALEVO 100 ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	Nivel 2	
STALEVO 125 ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STALEVO 150 ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	Nivel 2	
STALEVO 200 ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	Nivel 2	
STALEVO 50 ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	Nivel 2	
STALEVO 75 ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	Nivel 2	
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
<i>amantadine hcl oral solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	Nivel 1	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amantadine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (<i>levodopa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (5 kits per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>amantadine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amantadine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
PARLODEL ORAL CAPSULE (<i>bromocriptine mesylate</i>)	Nivel 2	
PARLODEL ORAL TABLET (<i>bromocriptine mesylate</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA CATECOL-O-METILTRANSFERASA (COMT) CENTRALES/PERIFÉRICOS - DRUGS FOR PARKINSON		
TASMAR ORAL TABLET (<i>tolcapone</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA MONOAMINO OXIDASA - DRUGS FOR PARKINSON		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<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 1	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>selegiline hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INHIBIDORES COMT PERIFÉRICOS - DRUGS FOR PARKINSON		
COMTAN ORAL TABLET (<i>entacapone</i>)	Nivel 2	QL (8 tablets per 1 day)
<i>entacapone oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE (<i>opicapone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa oral tablet</i>	Nivel 2	
LODOSYN ORAL TABLET (<i>carbidopa</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS - DRUGS FOR PARKINSON		
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>pramipexole dihydrochloride</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
INHIBIDORES COMT PERIFÉRICOS - DRUGS FOR PARKINSON		
ONGENTYS ORAL CAPSULE (<i>opicapone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
ANTISÉPTICOS DE CLORO - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
<i>benzalkonium chloride external solution</i>	Nivel 2	
<i>chlorhexidine gluconate solution</i>	Nivel 2	
<i>ra antiseptic skin cleanser external solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (480 mL per 30 days)
ANTISÉPTICOS DE YODO - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
IODOFLEX EXTERNAL PAD (<i>cadexomer iodine</i>)	Nivel 2	
IODOSORB EXTERNAL GEL (<i>cadexomer iodine</i>)	Nivel 2	
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
<i>eq hydrogen peroxide external solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>glutaraldehyde external solution</i>	Nivel 2	
<i>gnp hydrogen peroxide external solution</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>goodsense hydrogen peroxide external solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>hydrogen peroxide solution</i>	Nivel 2	
<i>meijer hydrogen peroxide external solution</i>	Nivel 1	OTC
ANTIVIRALES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	State Carve-out	SCO
AGENTES DEL CITOMEGALOVIRUS (CMV) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>cidofovir intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>foscarnet sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>foscarnet sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>ganciclovir intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ganciclovir sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>letermovir</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 vial per 1 day)
PREVYMIS ORAL TABLET (<i>letermovir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>valganciclovir hcl</i>)	Nivel 2	SP
VALCYTE ORAL TABLET (<i>valganciclovir hcl</i>)	Nivel 2	SP
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	SP
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	Nivel 1	SP
AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA PURINA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension</i>	Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
SITAVIG BUCCAL TABLET (<i>acyclovir</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 30 days)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	Nivel 1	QL (30 tablets per 30 days)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (60 tablets per 1 fill)
VALTRESX ORAL TABLET 1 GM (<i>valacyclovir hcl</i>)	Nivel 2	QL (30 tablets per 30 days)
VALTRESX ORAL TABLET 500 MG (<i>valacyclovir hcl</i>)	Nivel 2	QL (60 tablets per 1 fill)
ZOVIRAX ORAL SUSPENSION (<i>acyclovir</i>)	Nivel 2	
AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA TIMIDINA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	QL (60 tablets per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (21 tablets per 30 days)
AGENTES PARA EL RSV - ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted</i>	Nivel 2	PA; MB
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ribavirin</i>)	Nivel 2	PA; MB
AGENTES PARA LA HEPATITIS B - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION (<i>entecavir</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (20 mL per 1 day)
BARACLUDGE ORAL TABLET (<i>entecavir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>entecavir oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION (<i>lamivudine</i>)	State Carve-out	SCO
EPIVIR HBV ORAL TABLET (<i>lamivudine</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPSERA ORAL TABLET (<i>adefovir dipivoxil</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
VEMLIDY ORAL TABLET (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	State Carve-out	SCO
AGENTES PARA LA HEPATITIS C - COMBINACIONES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 packet per 1 day)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 packet per 1 day)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
MAVYRET ORAL PACKET (<i>glecaprevir-pibrentasvir</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (5 packets per 1 day)
MAVYRET ORAL TABLET (<i>glecaprevir-pibrentasvir</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIEKIRA PAK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ombitas-paritapre-ritona-dasab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
VOSEVI ORAL TABLET (<i>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
ZEPATIER ORAL TABLET (<i>elbasvir-grazoprevir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
AGENTES PARA LA HEPATITIS C - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 1	SP; QL (4 injections per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	Nivel 1	SP; QL (4 vials per 28 days)
<i>ribavirin oral capsule</i>	Nivel 1	SP; QL (6 capsules per 1 day)
<i>ribavirin oral tablet</i>	Nivel 1	SP; QL (6 tablets per 1 day)
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 packet per 1 day)
SOVALDI ORAL PACKET 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 packets per 1 day)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG (<i>sofosbuvir</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)
AGENTES PARA LA INFLUENZA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIRRETROVIRALES - ANTAGONISTA DE CCR5 (INHIBIDOR DE ENTRADA) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
SELZENTRY ORAL SOLUTION (<i>maraviroc</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SELZENTRY ORAL TABLET (<i>maraviroc</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDOR POSUNIÓN DIRIGIDO A CD4 - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE FUSIÓN - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfuvirtide</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA INTEGRASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
ISENTRESS HD ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	State Carve-out	SCO
ISENTRESS ORAL PACKET (<i>raltegravir potassium</i>)	State Carve-out	SCO
ISENTRESS ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	State Carve-out	SCO
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>raltegravir potassium</i>)	State Carve-out	SCO
TIVICAY ORAL TABLET (<i>dolutegravir sodium</i>)	State Carve-out	SCO
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dolutegravir sodium</i>)	Nivel 1	SP; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA PROTEASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APTIVUS ORAL CAPSULE (<i>tipranavir</i>)	State Carve-out	SCO
<i>atazanavir sulfate oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVIRASE ORAL TABLET (<i>saquinavir mesylate</i>)	State Carve-out	SCO
LEXIVA ORAL SUSPENSION (<i>fosamprenavir calcium</i>)	State Carve-out	SCO
LEXIVA ORAL TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>)	State Carve-out	SCO
NORVIR ORAL PACKET (<i>ritonavir</i>)	State Carve-out	SCO
NORVIR ORAL SOLUTION (<i>ritonavir</i>)	State Carve-out	SCO
NORVIR ORAL TABLET (<i>ritonavir</i>)	State Carve-out	SCO
PREZISTA ORAL SUSPENSION (<i>darunavir ethanolate</i>)	State Carve-out	SCO
PREZISTA ORAL TABLET (<i>darunavir ethanolate</i>)	State Carve-out	SCO
REYATAZ ORAL CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	State Carve-out	SCO
REYATAZ ORAL PACKET (<i>atazanavir sulfate</i>)	State Carve-out	SCO
<i>ritonavir oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
VIRACEPT ORAL TABLET (<i>nelfinavir mesylate</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (RTI) NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EDURANT ORAL TABLET (<i>rilpivirine hcl</i>)	State Carve-out	SCO
<i>efavirenz oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
<i>efavirenz oral tablet</i>	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>etravirine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
INTELENCE ORAL TABLET (<i>etravirine</i>)	State Carve-out	SCO
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour</i>	State Carve-out	SCO
<i>nevirapine oral suspension</i>	State Carve-out	SCO
<i>nevirapine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
PIFELTRO ORAL TABLET (<i>doravirine</i>)	State Carve-out	SCO
SUSTIVA ORAL CAPSULE (<i>efavirenz</i>)	State Carve-out	SCO
SUSTIVA ORAL TABLET (<i>efavirenz</i>)	State Carve-out	SCO
VIRAMUNE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>nevirapine</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
VIREAD ORAL POWDER (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	State Carve-out	SCO
VIREAD ORAL TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-PIRIMIDINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
EMTRIVA ORAL CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMTRIVA ORAL SOLUTION (<i>emtricitabine</i>)	State Carve-out	SCO
EPIVIR ORAL SOLUTION (<i>lamivudine</i>)	State Carve-out	SCO
EPIVIR ORAL TABLET (<i>lamivudine</i>)	State Carve-out	SCO
<i>lamivudine oral solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>lamivudine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-PURINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
ZIAGEN ORAL SOLUTION (<i>abacavir sulfate</i>)	State Carve-out	SCO
ZIAGEN ORAL TABLET (<i>abacavir sulfate</i>)	State Carve-out	SCO
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-TIMIDINAS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zidovudine</i>)	Nivel 1	MB
RETROVIR ORAL CAPSULE (<i>zidovudine</i>)	Nivel 2	SP; QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP (<i>zidovudine</i>)	Nivel 2	SP; QL (64 mL per 1 day)
<i>stavudine oral capsule</i>	State Carve-out	SCO
<i>zidovudine oral capsule</i>	Nivel 1	SP; QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	Nivel 1	SP; QL (64 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>zidovudine oral tablet</i>	Nivel 1	SP; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRRETROVIRALES COMPLEMENTARIOS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TYBOST ORAL TABLET (<i>cobicistat</i>)	State Carve-out	SCO
COMBINACIONES DE ANTIRRETROVIRALES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
ATRIPLA ORAL TABLET (<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>)	State Carve-out	SCO
BIKTARVY ORAL TABLET (<i>bictegravir-emtricitab-tenofov</i>)	State Carve-out	SCO
<i>cabenuva intramuscular suspension extended release 400 & 600 mg/2ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (1 pack per 28 days)
<i>cabenuva intramuscular suspension extended release 600 & 900 mg/3ml</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (1 pack per 1 fill)
CIMDUO ORAL TABLET (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	State Carve-out	SCO
COMBIVIR ORAL TABLET (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	State Carve-out	SCO
COMPLERA ORAL TABLET (<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir</i>)	State Carve-out	SCO
DELSTRIGO ORAL TABLET (<i>doravirin-lamivudine-tenofov df</i>)	State Carve-out	SCO
DESCOVY ORAL TABLET (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	State Carve-out	SCO
DOVATO ORAL TABLET (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	State Carve-out	SCO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet</i>	State Carve-out	SP; SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	State Carve-out	SCO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	State Carve-out	SP; SCO
EPZICOM ORAL TABLET (<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>)	State Carve-out	SCO
EVOTAZ ORAL TABLET (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	State Carve-out	SCO
GENVOYA ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	State Carve-out	SCO
JULUCA ORAL TABLET (<i>dolutegravir-rilpivirine</i>)	State Carve-out	SCO
KALETRA ORAL SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	State Carve-out	SCO
KALETRA ORAL TABLET (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	State Carve-out	SCO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	State Carve-out	SCO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i>	State Carve-out	SCO
ODEFSEY ORAL TABLET (<i>emtricitab-rilpivir-tenofov af</i>)	State Carve-out	SCO
PREZCOBIX ORAL TABLET (<i>darunavir-cobicistat</i>)	State Carve-out	SCO
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofdf</i>)	State Carve-out	SCO
SYMFI LO ORAL TABLET (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>)	State Carve-out	SCO
SYMFI ORAL TABLET (<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>)	State Carve-out	SCO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SYMTUZA ORAL TABLET (<i>darun-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	State Carve-out	SCO
TEMIXYS ORAL TABLET (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	State Carve-out	SCO
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	State Carve-out	SCO
TRIZIVIR ORAL TABLET (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	State Carve-out	SCO
TRUVADA ORAL TABLET (<i>emtricitabine-tenofovir df</i>)	State Carve-out	SCO
INHIBIDORES DE ENDONUCLEASAS PA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 1	QL (1 pack per 1 fill)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 20 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 1	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 1	QL (1 pack per 1 fill)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG (<i>baloxavir marboxil</i>)	Nivel 1	QL (1 dose pack per 90 days)
INHIBIDORES DE LA NEURAMINIDASA - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (20 capsules per 30 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (10 capsules per 30 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (180 ML per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>peramivir</i>)	Nivel 2	MB
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>zanamivir</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	Nivel 2	QL (20 capsules per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	Nivel 2	QL (10 capsules per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>oseltamivir phosphate</i>)	Nivel 2	QL (180 mL per 90 days)
BETABLOQUEADORES - DRUGS FOR THE HEART		
BETABLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>acebutolol hcl oral capsule 400 mg</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
<i>atenolol oral tablet</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>betaxolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	Nivel 2	MB
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl</i>)	Nivel 2	MB
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	Nivel 2	MB
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	Nivel 2	MB
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG (<i>nebivolol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG (<i>nebivolol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>esmolol hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>esmolol hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 25 MG, 50 MG (<i>metoprolol succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 200 MG (<i>metoprolol succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsule per 1 day)
LOPRESSOR ORAL TABLET 100 MG (<i>metoprolol tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
LOPRESSOR ORAL TABLET 50 MG (<i>metoprolol tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol tartrate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TENORMIN ORAL TABLET (<i>atenolol</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG (<i>metoprolol succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 25 MG (<i>metoprolol succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
BETAPACE AF ORAL TABLET (<i>sotalol hcl af</i>)	Nivel 2	PA
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 80 MG (<i>sotalol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
BETAPACE ORAL TABLET 160 MG (<i>sotalol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
CORGARD ORAL TABLET 20 MG (<i>nadolol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
CORGARD ORAL TABLET 40 MG (<i>nadolol</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CORGARD ORAL TABLET 80 MG (<i>nadolol</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (<i>propranolol hcl</i>)	Nivel 2	
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (<i>propranolol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 160 MG (<i>propranolol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG, 80 MG (<i>propranolol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>propranolol hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (20 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral solution 40 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 120 Mg, 80 Mg)	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 160 Mg)	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl</i> (Sorine Oral Tablet 240 Mg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sotalol hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (<i>sotalol hcl</i>)	Nivel 2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
BLOQUEADORES DE RECEPTORES DUALES ALFA Y BETA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>carvedilol phosphate</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (<i>carvedilol</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
COREG ORAL TABLET 25 MG (<i>carvedilol</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>labetalol hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>labetalol hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 day)
<i>labetalol hcl-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>labetalol hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKER-NSAID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CONSENSI ORAL TABLET (<i>amlodipine besylate-celecoxib</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
CALAN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>verapamil hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nicardipine hcl in nacl</i>)	Nivel 2	MB
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>diltiazem hcl coated beads</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg)	Nivel 1	DO; QL (1 capsule 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)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (<i>clevudipine</i>)	Nivel 2	MB
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule 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, 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule 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 coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>diltiazem hcl intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (4 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>diltiazem hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>isradipine oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (<i>amlodipine benzoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg, 240 Mg)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl coated beads</i> (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nicardipine hcl in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>nicardipine hcl in nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>nicardipine hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</i>	Nivel 1	QL (6 capsules per 1 day)
<i>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule</i>	Nivel 1	QL (4 capsules per 1 day)
<i>nimodipine oral capsule</i>	Nivel 2	QL (12 capsules per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 40 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NORVASC ORAL TABLET 10 MG (<i>amlodipine besylate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG (<i>amlodipine besylate</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
NORVASC ORAL TABLET 5 MG (<i>amlodipine besylate</i>)	Nivel 2	DO; QL (1.5 tablets per 1 day)
NYMALIZE ORAL SOLUTION (<i>nimodipine</i>)	Nivel 2	QL (60 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (<i>nifedipine</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG, 90 MG (<i>nifedipine</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>nisoldipine</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg)	Nivel 1	DO; QL (1 capsule 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)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadyt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 240 Mg)	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads</i> (Tiadyt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (<i>diltiazem hcl er beads</i>)	Nivel 2	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; QL (1 capsule per 1 day)
<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 capsules per 1 day)
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>verapamil hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>verapamil hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG (<i>verapamil hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (<i>verapamil hcl</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG (<i>verapamil hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>verapamil hcl</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (<i>verapamil hcl</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIOTÓNICOS - DRUGS FOR THE HEART		
*INOTROPES*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>dobutamine hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dobutamine in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dopamine hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dopamine in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>milrinone lactate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS - DRUGS FOR THE HEART		
<i>digoxin</i> (Digitek Oral Tablet 125 Mcg)	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>digoxin</i> (Digitek Oral Tablet 250 Mcg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 125 Mcg)	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>digoxin</i> (Digox Oral Tablet 250 Mcg)	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>digoxin injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>digoxin oral solution</i>	Nivel 1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	MB
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	QL (1 tablets per 1 day)
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEFALOSPORINAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES*** - ANTIBIOTICS		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefiderocol sulfate tosylate</i>)	Nivel 2	MB
CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN - ANTIBIOTICS		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cefazolin in sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefazolin sodium intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cephalexin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cephalexin oral tablet</i>	Nivel 1	
KEFLEX ORAL CAPSULE (<i>cephalexin</i>)	Nivel 2	
CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN - ANTIBIOTICS		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefotetan disodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefotetan disodium-dextrose intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefoxitin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
CEFALOSPORINAS - 3.^a GENERACIÓN - ANTIBIOTICS		
<i>cefdinir oral capsule</i>	Nivel 1	QL (20 capsules per 30 days)
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (240 mL per 30 days)
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	Nivel 1	QL (120 mL per 1 fill)
<i>cefixime oral capsule</i>	Nivel 2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	Nivel 2	QL (200 mL per 30 days)
<i>cefixime oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	Nivel 2	QL (100 mL per 30 days)
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ceftazidime injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	Nivel 1	MB; QL (60 vials per 30 fills)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 100 gm</i>	Nivel 2	MB
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg</i>	Nivel 1	MB; QL (1 vial per 30 fills)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	Nivel 2	MB
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	Nivel 1	MB
<i>ceftriaxone sodium-dextrose intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
FORTAZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime</i>)	Nivel 2	MB
FORTAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime</i>)	Nivel 2	MB
SUPRAX ORAL CAPSULE (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	QL (200 mL per 30 days)
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 200 MG/5ML (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	QL (100 mL per 30 days)
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	QL (40 mL per 1 fill)
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	QL (40 tablets per 30 days)
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 200 MG (<i>cefixime</i>)	Nivel 2	QL (20 tablets per 30 days)
<i>ceftazidime</i> (Tazicef Injection Solution Reconstituted)	Nivel 2	MB
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ceftazidime sodium in dextrose</i>)	Nivel 2	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime</i>)	Nivel 2	MB
CEFALOSPORINAS - 4.ª GENERACIÓN - ANTIBIOTICS		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefepime hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>cefepime-dextrose intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEFALOSPORINAS - 5.ª GENERACIÓN - ANTIBIOTICS		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftaroline fosamil</i>)	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE CEFALOSPORINAS - ANTIBIOTICS		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime-avibactam</i>)	Nivel 2	MB
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftolozane-tazobactam</i>)	Nivel 2	MB
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS - VITAMINS AND MINERALS		
*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE*** - VITAMINS AND MINERALS		
RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT (<i>allogeneic thymus tissue-agdc</i>)	Nivel 2	MB
*FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (<i>lonafarnib</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)
*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>anifrolumab-fnia</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES QUELANTES - VITAMINS AND MINERALS		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE (<i>penicillamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (<i>penicillamine</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
<i>edetate disodium intravenous solution</i>	Nivel 2	
<i>penicillamine oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>penicillamine oral tablet</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (8 tablets per 1 day)
SYPRINE ORAL CAPSULE (<i>trientine hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
<i>trientine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)
ANÁLOGOS DE LA CICLOSPORINA - VITAMINS AND MINERALS		
<i>cyclosporine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	Nivel 1	SP
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	Nivel 1	SP
<i>cyclosporine oral capsule</i>	Nivel 1	SP
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Capsule)	Nivel 1	SP
<i>cyclosporine modified</i> (Gengraf Oral Solution)	Nivel 1	SP
LUPKYNIS ORAL CAPSULE (<i>voclosporin</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
NEORAL ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine modified</i>)	Nivel 2	SP
NEORAL ORAL SOLUTION (<i>cyclosporine modified</i>)	Nivel 2	SP
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	MB
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 2	SP
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	Nivel 1	SP
BLOQUEADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN DE CÉLULAS T - VITAMINS AND MINERALS		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belatacept</i>)	Nivel 2	MB
CLASES VARIADAS - VITAMINS AND MINERALS		
NEXAVIR INJECTION SOLUTION (<i>liver derivative complex</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENZIMAS - VITAMINS AND MINERALS		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase bovine</i>)	Nivel 2	MB
HYLENEX INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase human</i>)	Nivel 2	MB
VITRASE INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase ovine</i>)	Nivel 2	MB
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>collagenase clostrid histolyt</i>)	Nivel 2	MB
INHIBIDORES DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA - VITAMINS AND MINERALS		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil hcl</i>)	Nivel 2	MB
CELLCEPT ORAL CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	Nivel 2	SP
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil</i>)	Nivel 2	SP
CELLCEPT ORAL TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	Nivel 2	SP
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	Nivel 1	SP
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	SP
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	Nivel 1	SP
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	SP
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mycophenolate sodium</i>)	Nivel 2	SP
INHIBIDORES ESPECÍFICOS DEL ESTIMULADOR DE LINFOCITOS B (BLYS) - VITAMINS AND MINERALS		
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>belimumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 injections per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>belimumab</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 injections per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - VITAMINS AND MINERALS		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	SP
ENVARBUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	SP
<i>everolimus oral tablet</i>	Nivel 2	SP
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	MB
PROGRAF ORAL CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	SP
PROGRAF ORAL PACKET (<i>tacrolimus</i>)	Nivel 2	SP
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (<i>sirolimus</i>)	Nivel 2	SP
RAPAMUNE ORAL TABLET (<i>sirolimus</i>)	Nivel 2	SP
<i>sirolimus oral solution</i>	Nivel 1	SP
<i>sirolimus oral tablet</i>	Nivel 1	SP
<i>tacrolimus oral capsule</i>	Nivel 1	SP
ZORTRESS ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	Nivel 2	SP
INMUNOMODULADORES PARA LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS - VITAMINS AND MINERALS		
REVLIMID ORAL CAPSULE (<i>lenalidomide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
PROSTAGLANDINAS - VITAMINS AND MINERALS		
<i>alprostadil injection solution</i>	Nivel 2	MB
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (<i>alprostadil</i>)	Nivel 2	MB
SOLUCIONES DE DIÁLISIS PERITONEAL - VITAMINS AND MINERALS		
DELFLEX-LC/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DELFLEX-LC/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DELFLEX-LC/4.25% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DELFLEX-SM/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	
DELFLEX-SM/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	
DIANEAL LOW CALCIUM/1.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DIANEAL LOW CALCIUM/2.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DIANEAL LOW CALCIUM/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DIANEAL PD-2/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DIANEAL PD-2/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
DIANEAL PD-2/4.25% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
EXTRANEAL INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>icodextrin-electrolytes</i>)	Nivel 2	MB
ULTRABAG/DIANEAL PD-2/1.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
ULTRABAG/DIANEAL PD-2/2.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
ULTRABAG/DIANEAL PD-2/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
ULTRABAG/DIANEAL/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
ULTRABAG/DIANEAL/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTRABAG/DIANEAL/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (<i>peritoneal dialysis solutions</i>)	Nivel 2	MB
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN - VITAMINS AND MINERALS		
<i>water for irrigation, sterile</i> (Argyle Sterile Water Irrigation Solution)	Nivel 2	
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	Nivel 2	
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiolyte Irrigation Solution)	Nivel 2	
<i>irrigation solns physiological</i> (Physiosol Irrigation Irrigation Solution)	Nivel 2	
<i>ringers irrigation irrigation solution</i>	Nivel 2	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	Nivel 2	
<i>ringers irrigation</i> (Tis-U-Sol Irrigation Solution)	Nivel 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	Nivel 2	
SOLUCIONES DE TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT) - VITAMINS AND MINERALS		
<i>phoxillum b22k4/0 extracorporeal solution</i>	Nivel 2	
<i>phoxillum bk4/2.5 extracorporeal solution</i>	Nivel 2	
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	Nivel 2	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-ca (crrt)</i>)	Nivel 2	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	Nivel 2	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	Nivel 2	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-mg (crrt)</i>)	Nivel 2	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-mg (crrt)</i>)	Nivel 2	
CLASES VARIADAS - VITAMINS AND MINERALS		
*ROCK INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
REZUROCK ORAL TABLET (<i>belumosudil mesylate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
AGENTE VOLUMÉTRICO DE INCONTINENCIA FECAL - COMBINACIONES - VITAMINS AND MINERALS		
SOLESTA INJECTION GEL (<i>dextranomer-sodium hyaluronate</i>)	Nivel 2	MB
AGENTES LIBERADORES DE POTASIO - VITAMINS AND MINERALS		
LOKELMA ORAL PACKET (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	Nivel 2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	Nivel 2	
SPS ORAL SUSPENSION (<i>sodium polystyrene sulfonate</i>)	Nivel 1	
VELTASSA ORAL PACKET (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	Nivel 2	SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS - VITAMINS AND MINERALS		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>polidocanol</i>)	Nivel 2	MB
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ethanolamine oleate</i>)	Nivel 2	MB
<i>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	Nivel 2	MB
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (<i>polidocanol</i>)	Nivel 2	MB
ANÁLOGOS DE LA PURINA - VITAMINS AND MINERALS		
<i>azathioprine</i> (Azasan Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>azathioprine oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
IMURAN ORAL TABLET (<i>azathioprine</i>)	Nivel 2	
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-6 (IL-6) - VITAMINS AND MINERALS		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>siltuximab</i>)	Nivel 2	MB
ANTICUERPOS MONOCLONALES - VITAMINS AND MINERALS		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>satralizumab-mwge</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>emapalumab-lzsg</i>)	Nivel 2	MB
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>basiliximab</i>)	Nivel 2	MB
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>inebilizumab-cdon</i>)	Nivel 2	MB
ANTILEPROSOS - VITAMINS AND MINERALS		
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (<i>thalidomide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)
INMUNODEPRESORES DE LA INMUNOGLOBULINA - VITAMINS AND MINERALS		
ATGAM INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>lymphocyte, anti-thymo imm glob</i>)	Nivel 2	MB
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anti-thymocyte glob (rabbit)</i>)	Nivel 2	MB
CORTICOESTEROIDES - HORMONES		
COMBINACIONES DE ESTEROIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>betamethasone sod phos & acet injection suspension</i>	Nivel 1	MB
<i>bsp 0820 injection kit</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (<i>betamethasone sod phos & acet</i>)	Nivel 2	MB
GLUCOCORTICOIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION		
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	PA
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	Nivel 1	QL (3 capsules per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET (<i>hydrocortisone</i>)	Nivel 2	
<i>dexamethasone</i> (Decadron Oral Tablet)	Nivel 1	
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (<i>methylprednisolone acetate</i>)	Nivel 2	MB
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet therapy pack</i>	Nivel 1	
<i>dexamethasone sod phos-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	Nivel 1	MB
EMFLAZA ORAL SUSPENSION (<i>deflazacort</i>)	Nivel 2	PA; SP
EMFLAZA ORAL TABLET (<i>deflazacort</i>)	Nivel 2	PA; SP
ENTOCORT EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	QL (3 capsules per 1 day)
HEMADY ORAL TABLET (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION (<i>tiamcinolone hexacetonide</i>)	Nivel 2	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KENALOG INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 2	MB
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 2	
MEDROL ORAL TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	Nivel 2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>methylprednisolone</i>)	Nivel 2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension</i>	Nivel 1	MB
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	Nivel 1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	MB
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 500 mg</i>	Nivel 2	MB
MILLIPRED ORAL TABLET (<i>prednisolone</i>)	Nivel 1	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ORTIKOS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	Nivel 2	
<i>prednisolone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>prednisone</i>)	Nivel 1	
<i>prednisone oral solution</i>	Nivel 1	
<i>prednisone oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	Nivel 1	
RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>prednisone</i>)	Nivel 2	PA
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydrocortisone sod succinate</i>)	Nivel 2	MB
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	Nivel 2	MB
TAPERDEX 12-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	
<i>dexamethasone</i> (Taperdex 6-Day Oral Tablet Therapy Pack)	Nivel 1	
TAPERDEX 7-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>dexamethasone</i>)	Nivel 2	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension</i>	Nivel 1	MB
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>budesonide</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triamcinolone acetonide</i>)	Nivel 2	MB
MINERALCORTICOIDES - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
DISPOSITIVOS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
*OCULAR IMPLANTS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
SUSVIMO OCULAR IMPLANT INTRAVITREAL IMPLANT (<i>ocular implant</i>)	Nivel 2	MB
AGUJAS Y JERINGAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ALLERGIST PACKAGE KIT (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
ALLERGIST TRAY KIT (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>allergy syringe</i>	Nivel 2	
BD AUTOSHIELD (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U-500 (<i>insulin syringelneedle u-500</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD INTEGRA SYRINGE (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
BD LUER-LOK SYRINGE 18G X 1-1/2" 3 ML, 20G X 1" 10 ML, 20G X 1" 3 ML, 20G X 1" 5 ML, 20G X 1-1/2" 10 ML, 20G X 1-1/2" 5 ML, 21G X 1" 10 ML, 21G X 1" 3 ML, 21G X 1" 5 ML, 21G X 1-1/2" 10 ML, 21G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1-1/2" 5 ML, 22G X 1" 10 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1" 5 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 22G X 1-1/2" 5 ML, 23G X 1" 3 ML, 23G X 1-1/2" 3 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 1-1/2" 3 ML, 25G X 5/8" 3 ML, 26G X 5/8" 3 ML (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
BD LUER-LOK SYRINGE 20G X 1" 1 ML, 25G X 5/8" 1 ML (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BD PEN NEEDLE MINI U/F (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 1	OTC; QL (200 units per 30 days)
BD PLASTIPAK SYRINGE (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD SAFETYGLIDE SHIELDED NEEDLE (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	
BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD SYRINGE/NEEDLE (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	
BD TB SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
BD TB SYRINGE 26G X 3/8" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
<i>careone insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE 23G X 1" 1 ML, 25G X 1" 1 ML (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE 23G X 1" 3 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 5/8" 3 ML (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARETOUCH LUER LOCK (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
CEQUR SIMPLICITY STARTER KIT (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>crono syringe</i>	Nivel 2	
DEFLUX METAL NEEDLE (<i>needle (disp)</i>)	Nivel 2	
<i>dialysis safety syringelneedle 22g x 1-1/2" 1 ml</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>dialysis safety syringelneedle 22g x 1-1/2" 3 ml</i>	Nivel 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 units per 30 days)
<i>easy comfort insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH ALLERGY SYRINGE (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 18G X 1" 10 ML, 18G X 1" 3 ML, 18G X 1" 5 ML, 18G X 1-1/2" 3 ML, 18G X 1.5" 10 ML, 19G X 1" 3 ML, 19G X 1.5" 3 ML, 20G X 1" 10 ML, 20G X 1" 3 ML, 20G X 1" 5 ML, 20G X 1-1/2" 10 ML, 20G X 1-1/2" 3 ML, 20G X 1-1/2" 5 ML, 21G X 1" 10 ML, 21G X 1" 3 ML, 21G X 1" 5 ML, 21G X 1-1/2" 10 ML, 21G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1-1/2" 5 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1-1/2" 10 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 22G X 1-1/2" 5 ML, 23G X 1" 3 ML, 23G X 1-1/2" 3 ML, 25G X 1" 10 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 1" 5 ML, 25G X 5/8" 3 ML, 25G X 5/8" 5 ML (syringeneedle (disp))	Nivel 2	
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 25G X 1" 1 ML, 26G X 3/8" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML (syringeneedle (disp))	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH FLURINGE (syringeneedle (disp))	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK (syringeneedle (disp))	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK (syringeneedle (disp))	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY SYRINGE 20G X 1" 3 ML, 21G X 1" 3 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 23G X 1" 3 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 5/8" 3 ML (syringeneedle (disp))	Nivel 2	
EASY TOUCH SAFETY SYRINGE 25G X 1" 1 ML, 25G X 5/8" 1 ML (syringeneedle (disp))	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 21G X 1" 3 ML, 21G X 1-1/2" 10 ML, 21G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1-1/2" 5 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1-1/2" 10 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 22G X 1-1/2" 5 ML, 23G X 1" 3 ML, 25G X 1" 10 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 1" 5 ML, 25G X 5/8" 3 ML (syringeneedle (disp))	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH TB FLIPLOCK SYRINGE (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
EASY TOUCH TB SHEATHLOCK SYR 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH TB SHEATHLOCK SYR 26G X 5/8" 1 ML (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH TB SHEATHLOCK SYR 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
EASYPPOINT NEEDLE/SYRINGE (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
<i>eql insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>global easy glide insulin syr</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>global inject ease insulin syr</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>global insulin syringes</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 28gx1/2"</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 29gx1/2"</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp insulin syringes 30gx5/16"</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp insulin syringes 31gx5/16"</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>gnp ultra com insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>healthwise insulin syr/needle</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
INPEN 100-BLUE-LILLY DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
INPEN 100-BLUE-NOVO DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
INPEN 100-GRAY-LILLY DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
INPEN 100-GREY-NOVO DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
INPEN 100-PINK-LILLY DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
INPEN 100-PINK-NOVO DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
<i>insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringe/needle</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>insulin syringe-needle u-100</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
J-TIP KIT W/VIAL ADAPTERS KIT (<i>injection device</i>)	Nivel 2	
<i>kinray insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>kmart valu insulin syringe 29g</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>kmart valu insulin syringe 30g</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>kroger insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>leader insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>longs insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
LUER LOCK SAFETY SYRINGES (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN SYRINGE-SAFETY NEEDLE (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
MARATHON MEDICAL PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 units per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>medic insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>mm insulin syringeneedle</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ALLERGIST TRAY KIT (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
MONOJECT BLUNTIP CANNULA (<i>needle (disp)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT BLUNTIP SYR/CANNULA (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MONOJECT FILTER ASPIRATOR (<i>needles & syringes</i>)	Nivel 2	
MONOJECT FILTER NEEDLE (<i>filter needles</i>)	Nivel 2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE (<i>needle (disp)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT INTRODUCER NEEDLE (<i>needle (reusable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT LIFESHIELD SYRINGE (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT MAGELLAN SAFETY NDL (<i>needle (disp)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 18G X 1" 12 ML, 18G X 1" 6 ML, 20G X 1" 3 ML, 20G X 1-1/2" 12 ML, 20G X 1-1/2" 3 ML, 20G X 1-1/2" 6 ML, 21G X 1" 12 ML, 21G X 1" 3 ML, 21G X 1" 6 ML, 21G X 1-1/2" 12 ML, 21G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1-1/2" 6 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1-1/2" 12 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 22G X 1-1/2" 6 ML, 23G X 1" 3 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 5/8" 3 ML (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 23G X 1" 1 ML, 25G X 1" 1 ML, 25G X 5/8" 1 ML (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT PHARMACY TRAY (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT PISTON SYRINGE (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE CATH TIP (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE ECC LUER (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE ECCENTRIC TIP (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE LUER LOCK (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE LUER-LOCK TIP (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE REG LUER (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MONOJECT SYRINGE REGULAR TIP (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SYRINGE TOOMEY TYPE (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
MONOJECT TB SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT TB SYRINGE 26G X 3/8" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>ms insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>multi-draw needle</i>	Nivel 2	
NORDIPEN 5 INJECTION DEVICE (<i>injection device</i>)	Nivel 2	
NORM-JECT LUER SLIP SYRINGE (<i>syringe (disposable)</i>)	Nivel 2	
NOVOPEN ECHO DEVICE (<i>injection device for insulin</i>)	Nivel 2	
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>pro comfort pen needles</i>	Nivel 2	PA; QL (200 units per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>px insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>reality insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>safety insulin syringes</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>safety syringe/needle 21g x 1" 3 ml, 22g x 1" 3 ml, 22g x 1-1/2" 3 ml, 23g x 1" 3 ml, 25g x 5/8" 3 ml</i>	Nivel 2	
<i>safety syringe/needle 25g x 5/8" 1 ml, 27g x 1/2" 1 ml</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>safety syringes/needle</i>	Nivel 2	
<i>sb insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
SECURE SAFE ALLERGY TRAY KIT (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE SYRINGE/NEEDLE 20G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1" 3 ML, 21G X 1-1/2" 10 ML, 21G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1-1/2" 5 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 23G X 1" 3 ML, 25G X 5/8" 3 ML (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	
SECURES SAFE SYRINGE/NEEDLE 25G X 1" 1 ML, 25G X 1-1/2" 1 ML, 25G X 5/8" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML (<i>syringe/needle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE TUBERCULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE TUBERCULIN SYRINGE 26G X 3/8" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
<i>sure comfort insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
SURE-JECT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>syringe</i>	Nivel 2	
<i>syringe luer lock</i>	Nivel 2	
<i>syringe luer slip</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>syringehypodermic safety</i>	Nivel 2	
<i>tb syringe 1 ml</i>	Nivel 2	
<i>techlite insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>toomey syringe</i>	Nivel 2	
<i>topcare ultra comfort ins syr</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>true comfort insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>true comfort pro insulin syr</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 units per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>tuberculin syringe 25g x 5/8" 1 ml</i>	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
<i>tuberculin syringe 26g x 3/8" 1 ml, 27g x 1/2" 1 ml</i>	Nivel 2	
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE SAFETY SYRINGE (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
ULTICARE SYRINGE 22G X 1-1/2" 1 ML (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE SYRINGE 22G X 1-1/2" 3 ML (<i>syringeneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYR 25G X 1" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYR 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML, 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1/2" 1 ML (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>ultra comfort insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>ultracare insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>value health insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT ALLERGY TRAY KIT (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT SAFETY SYRINGE (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
VANISHPOINT SYRINGE 20G X 1" 3 ML, 20G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1" 3 ML, 21G X 1-1/2" 10 ML, 21G X 1-1/2" 3 ML, 21G X 1-1/2" 5 ML, 22G X 1" 3 ML, 22G X 1-1/2" 3 ML, 23G X 1" 3 ML, 23G X 1-1/2" 3 ML, 25G X 1" 3 ML, 25G X 1-1/2" 3 ML, 25G X 5/8" 3 ML (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
VANISHPOINT SYRINGE 25G X 1" 1 ML (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 25G X 1" 1 ML, 27G X 1/2" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML (<i>tuberculin-allergy syringes</i>)	Nivel 2	QL (200 syringes per 30 days)
<i>vp insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>zevrx insulin syringe</i>	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
ALMOHADILLAS DE GASA Y APÓSITOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
AMD FOAM DRESSING TOPSHEET PAD (<i>gauze pads & dressings</i>)	Nivel 2	
CÁMARAS Y SUMINISTROS PARA AEROSOL/ESPACIADORES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER MV (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROVENT PLUS DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
<i>breathe ease large device</i>	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
<i>breathe ease medium device</i>	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
<i>breathe ease small device</i>	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
EASIVENT (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
EASIVENT MASK LARGE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
EASIVENT MASK MEDIUM (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
EASIVENT MASK SMALL (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
FLEXICHAMBER ADULT MASK/SMALL (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
FLEXICHAMBER CHILD MASK/LARGE (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLEXICHAMBER CHILD MASK/SMALL (<i>spacer/aero-hold chamber mask</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
FLEXICHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
INSPIREASE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
MICROCHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
POCKET CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
POCKET SPACER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
RITEFLO DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
CAPUCHONES CERVICALES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (<i>cervical caps</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESTIMULADORES NERVIOSOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
GAMMACORE SAPPHIRE REFILL KIT (<i>nerve stimulator</i>)	Nivel 2	
MEDIDORES DE FLUJO MÁXIMO - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT KIT (<i>peak flow meter-inh assist dev</i>)	Nivel 2	
AIRZONE PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
ASSESS PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
<i>breathe ease peak flow meter device</i>	Nivel 1	OTC
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
<i>lung perform peak flow meter device</i>	Nivel 1	OTC
MICROLIFE DIGITAL PEAK FLOW DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	PA; OTC
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
<i>peak a-i-r flow meter device</i>	Nivel 1	OTC
PEAK AIR PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
<i>peak flow meter universal rang device</i>	Nivel 1	OTC
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
PIKO 1 DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	PA; OTC
POCKET PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	PA; OTC
POCKETPEAK PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	OTC
<i>pure comfort flow meter adult device</i>	Nivel 1	OTC
<i>pure comfort flow meter child device</i>	Nivel 1	OTC
TRUZONE PEAK FLOW METER DEVICE (<i>peak flow meter</i>)	Nivel 1	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRESERVATIVOS (MASCULINOS) - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>aimsco lubricated</i>	Nivel 1	OTC
<i>condoms</i>	Nivel 1	OTC
DUREX EXTRA SENSITIVE DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
DUREX REALFEEL DEVICE (<i>condoms non-latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
FANTASY LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
KAMELEON LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
<i>kimono</i>	Nivel 1	OTC
KIMONO COLORS DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
<i>kimono micro thin</i>	Nivel 1	OTC
<i>kimono micro thin plus</i>	Nivel 1	OTC
<i>kimono plus</i>	Nivel 1	OTC
<i>kimono ps</i>	Nivel 1	OTC
<i>kimono sensation</i>	Nivel 1	OTC
<i>kimono sensation plus</i>	Nivel 1	OTC
KIMONO SPECIAL DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
K-Y ME & YOU EXTRA LUBRICATED DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
K-Y ME & YOU INTENSE DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
<i>maxx</i>	Nivel 1	OTC
<i>maxx plus</i>	Nivel 1	OTC
<i>premium condoms lubricated</i>	Nivel 1	OTC
REALITY LATEX CONDOMS (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDED (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX RIA LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (<i>condoms latex lubricated</i>)	Nivel 1	OTC
SETS INTRAVENOSOS/TUBOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK TENDER 1 INFUSION KIT (<i>iv sets-tubing</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SONDAS DE ALIMENTACIÓN - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ENTRISTAR PEG ENTERAL CONNECT (<i>feeding tubes</i>)	Nivel 2	
KANGAROO MULTI-FUNCTIONAL PORT (<i>feeding tubes</i>)	Nivel 2	
SUMINISTROS DE ASISTENCIA PARA LA CONCEPCIÓN - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>conception kit kit</i>	Nivel 2	
SUMINISTROS DE NUTRICIÓN ENTERAL - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
KANGAROO STOMA MEASURING DEV (<i>enteral nutrition supplies</i>)	Nivel 2	
MONOJECT ENTERAL SYRINGE CAP (<i>enteral nutrition supplies</i>)	Nivel 2	
SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>guardian sensor 3</i>	Nivel 2	PA; MB; QL (5 sensors per 30 days)
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE PLUS LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>mpd safety lancet 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
PSS SELECT SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>px lancets ultra thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>reality lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNILET GP 28 ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SUMINISTROS DENTALES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>dental needle</i>	Nivel 2	
SUMINISTROS PARA EL TRATAMIENTO PARENTERAL - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>clear glass vials 5ml</i>	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 6MM (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
I-PORT ADVANCE 9MM (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE TIP (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
MONOJECT LIFESHIELD CANNULA (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
MONOJECT MED PREP CANNULA (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
MONOJECT SMARTIP SYR/CANNULA (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
MONOJECT VIAL ACCESS CANNULA (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
<i>needleless prn connectors</i>	Nivel 2	
<i>needleless prn port converter</i>	Nivel 2	
PHASEAL CAP FOR INJECTOR (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL CONNECTOR LUER LOCK (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL INFUSION ADAPTER (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHASEAL INFUSION CLAMP (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL IV BAG HANGER (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR 14 (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR 21 (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR 28 (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL PROTECTOR 50 (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL SECONDARY SET (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL SYRINGE TRAY (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
PHASEAL Y-SITE CONNECTOR (<i>parenteral therapy supplies</i>)	Nivel 2	
<i>syringe filter 0.2 micron/32mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter 0.45 micron</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/0.2 micron/25mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/0.2 micron/30mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/d65r/ps/65mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/d65r/ptfel/65mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/d90r/ps/90mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/d90r/ptfel/90mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/millex/25mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/millex-gs/25mm</i>	Nivel 2	
<i>syringe filter/millex-gv/33mm</i>	Nivel 2	
<i>vacuum filter 0.20um/150ml</i>	Nivel 2	
<i>vial stopper</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUMINISTROS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK LINKASSIST (<i>insulin pump accessories</i>)	Nivel 2	MB
ACCU-CHEK PLASTIC CARTRIDGE (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
ACCU-CHEK SPIRIT CARTRIDGE (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
ACCU-CHEK TENDER I SET 24" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
ACCU-CHEK TENDER I SET 31" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
ACCU-CHEK ULTRAFLEX-1 INF SET (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
AMIGO INSULIN PUMP DEVICE (<i>insulin infusion pump</i>)	Nivel 2	MB
AUTOSOFT 30 INFUSION SET (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
AUTOSOFT 90 INFUSION SET (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
AUTOSOFT XC INFUSION SET (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
ENLITE SERTER (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
GLUCOPRO SYR RES 3ML 22GX3/8" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
MINIMED 630G INSULIN PUMP KIT (<i>insulin infusion pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 pump per 720 days)
MINIMED 770G INSULIN PUMP SYS KIT (<i>insulin infusion pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 pump per 720 days)
MINIMED PUMP RESERVOIR 3ML (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
MINIMED RESERVOIR 1.8ML (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MINIMED RESERVOIR 3ML (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
MINIMED SILHOUETTE INF SET 32" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
MINIMED SILHOUETTE INF SET 43" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
OMNIPOD 5 PACK (<i>insulin disposable pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS (<i>insulin disposable pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 pump per 4 years)
PARADIGM PUMP RESERVOIR 1.8ML (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
PARADIGM PUMP RESERVOIR 3ML (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
PARADIGM SILHOUETTE COMBO 23" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
PARADIGM SILHOUETTE COMBO 43" (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
T: SLIM X2 INS PMP/CONTROL 7.4 DEVICE (<i>insulin infusion pump</i>)	Nivel 2	MB
T:FLEX T:LOCK CARTRIDGE 4.8ML (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
T:SLIM X2 3ML CARTRIDGE (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
T:SLIM X2 INSULIN PMP BASAL6.4 DEVICE (<i>insulin infusion pump</i>)	Nivel 2	MB
TRUSTEEL INFUSION SET (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
VARIOSOFT INFUSION SET (<i>insulin infusion pump supplies</i>)	Nivel 2	MB; QL (15 units per 30 days)
V-GO 20 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 pump per 4 years)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
V-GO 30 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 pump per 4 yearss)
V-GO 40 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 pump per 4 yearss)
SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE COAGULACIÓN SANGUÍNEA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
COAGUCHEK XS SYSTEM KIT (<i>ptlinr testing monitor</i>)	Nivel 2	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
*TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATORS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
SAVI DEVICE (<i>transcran magnetic stimulator</i>)	Nivel 2	
AGUJAS Y JERINGAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
BD INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 1	QL (200 syringes per 30 days)
BD SYRINGE/NEEDLE (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	Nivel 2	PA; QL (200 syringes per 30 days)
<i>safety syringelneedle</i>	Nivel 2	
SECURESAFE SYRINGE/NEEDLE (<i>syringelneedle (disp)</i>)	Nivel 2	
APLICADORES, BOLAS DE ALGODÓN, ETC. - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>alcohol prep pad</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alcohol swabs pad</i>	Nivel 1	OTC
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
CURITY ALCOHOL PREPS PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs alcohol prep pads pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs prep pad</i>	Nivel 1	OTC
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
<i>essentra wipes 9x9" sheet</i>	Nivel 2	
FIFTY50 ALCOHOL PREP PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp alcohol swabs pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm sterile alcohol prep pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc alcohol swabs pad</i>	Nivel 1	OTC
RELION ALCOHOL SWABS PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm alcohol prep pad</i>	Nivel 1	OTC
<i>true comfort alcohol prep pads pad</i>	Nivel 1	OTC
ULTICARE ALCOHOL SWABS PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
WEBCOL ALCOHOL PREP MEDIUM PAD (<i>alcohol swabs</i>)	Nivel 1	OTC
AYUDAS PARA LA IMPOTENCIA MASCULINA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
RAPPORT RLS KIT (<i>impotence aid device</i>)	Nivel 2	
RAPPORT VTD KIT (<i>impotence aid device</i>)	Nivel 2	
CÁMARAS Y SUMINISTROS PARA AEROSOLESPACIADORES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK (<i>spacer/aero-holding chambers</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INSPIREASE RESERVOIR BAGS (<i>spacer/aero-hold chamber bags</i>)	Nivel 2	
CUIDADOS DE TRAQUEOTOMÍA Y SUMINISTROS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY KIT (<i>tracheostomy care</i>)	Nivel 2	
DENTÍFRICOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
MI PASTE DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	Nivel 2	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	Nivel 2	
DIAFRAGMAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	Nivel 1	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DISPOSITIVOS VARIOS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>filter/millex-gpl50mm/clear</i>	Nivel 2	
<i>folding paddle walker</i>	Nivel 1	OTC
<i>luer tip cap tray</i>	Nivel 2	
MÁSCARAS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>face mask resp n-100 part</i>	Nivel 2	
<i>face mask respirator r-95 part</i>	Nivel 2	
SAFE-SENSE EARLOOP FACE MASK (<i>masks</i>)	Nivel 2	
PRESERVATIVOS (FEMENINOS) - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FC FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	Nivel 1	OTC; QL (12 units per 1 fill)
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	Nivel 1	OTC; QL (12 units per 1 fill)
PRESERVATIVOS (MASCULINOS) - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>kimono ps plus</i>	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS DE DESENSIBILIZACIÓN DENTAL - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
REMESENSE DENTAL (<i>dental desensitizing product</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS PARA EL CONTROL DE LAS CONVULSIONES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
EMBRACE SEIZURE MONITORING SYS KIT (<i>seizure monitoring device</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DE LOS PIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
JOHNSONS FOOT SPRAY EXTERNAL AEROSOL (<i>foot care products</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>1st tier unilet comfortouch</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>acti-lance 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>acti-lance lite lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>acti-lance special lancets 17g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>acti-lance universal 23g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>adjustable lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>advanced mobile lancet</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ADVOCATE LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>aimsco twist lancets 32g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE HAEMOLANCE PLUS HIGH (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE HAEMOLANCE PLUS LOW (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE HAEMOLANCE PLUS MICRO (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE HAEMOLANCE PLUS NORMAL (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ASSURE HAEMOLANCE PLUS PED (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>aurora lancet super thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>aurora lancet thin 23g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
AUTO-LANCET (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
AUTO-LANCET MINI (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
AUTOLET II CLINISAFE KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
AUTOLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
AUTOLET LITE STARTER PACK KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
AUTOLET MINI (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
AUTOLET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
AUTOLET PLUS (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
CARDIOCOM LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>careone advanced lancing dev</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>careone lancet thin 23g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
CARESENS LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>comfort assured lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>comfort assured lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>comfort lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancets 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancets micro thin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancets original</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancets thin 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancets ultra thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancets ultra-thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>cvs lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>cvs ultra thin lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
D-CARE GLUCOMETER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXCOM G4 PLAT PED RCV/SHARE DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G4 PLAT PED RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G4 PLATINUM RCV/SHARE DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G4 PLATINUM RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G4 PLATINUM TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
DEXCOM G4 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (5 sensors per 30 days)
DEXCOM G5 MOB/G4 PLAT SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (4 sensors per 28 days)
DEXCOM G5 MOBILE RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G5 MOBILE TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
DEXCOM G5 RECEIVER KIT DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (3 sensors per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
DIATHRIVE LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DROPLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>drug mart lancets thin 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
DRUG MART LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (5 sensors per 30 days)
<i>eql color lancets 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>eql color lancets micro 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>eql super thin lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>eql thin lancets 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (5 sensors per 30 days)
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 365 years)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
FINE 30 (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
FORA LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
FORA LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>freds pharmacy autolet lancing</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>freds pharmacy unilet lanc 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>freds pharmacy unilet lanc 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (2 sensors per 28 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 2	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
GENTEEL NOZZLES (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC
GENTLE-LET GP LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GENTLE-LET LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GENTLE-LET PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp lancets 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp lancets micro thin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp lancets super thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp lancets thin 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp sterile lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp sterile lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>gnp sterile lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
GNP TRUE METRIX AIR METER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
GNP TRUE METRIX GLUCOSE METER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>goodsense color lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>goodsense lancets 26g univ</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>goodsense lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>goodsense lancets 30g univ</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>goodsense lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>goodsense lancets 33g univ</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>goodsense lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
GUARDIAN REAL-TIME CHARGER (<i>continuous glucose monitor sup</i>)	Nivel 2	PA; MB
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (<i>continuous blood gluc receiver</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 receiver per 1 year)
GUARDIAN REAL-TIME TEST PLUG (<i>continuous glucose monitor sup</i>)	Nivel 2	PA; MB
GUARDIAN SENSOR (3) (<i>continuous blood gluc sensor</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HEALTH CARE LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>healthy accents lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>healthy accents unilet lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>h-e-b incontrol adv lancing</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>h-e-b incontrol lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>h-e-b incontrol lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>h-e-b incontrol lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
HYPOLANCE AST LANCING KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
HY-VEE LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>hy-vee thin lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
IN TOUCH LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>kinney lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kinney thin lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancets 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancets micro thin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancets super thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>kroger lancets thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancets thin 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancets ultrathin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>kroger lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>lancet device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>lancet transporter case</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 lancets per 30 days)
<i>lancets micro thin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>lancets super thin 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>lancets thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>lancets ultra thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
LANZO (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>leader advanced lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
LIBERTY MINI LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>lite touch lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LITE TOUCH LANCING PEN (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
LITETOUCH LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>live better adv lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>live better lancet super thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>live better lancet ultra thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>longs lancets standard</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>longs lancets thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>longs lancets ultra thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>medichoice safety lancet</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>medichoice safety lancet extra</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>medichoice safety lancet norm</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE EXTRA 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE LITE 25G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEDLANCE UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEIJER LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>mini lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
MINIMED GUARDIAN LINK 3 (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
MM LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
MM TWIST LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MONOLET LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mpd safety lancet 23g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>mpd safety lancet 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>mpd safety lancet 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>multi-lancet device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous blood gluc transmit</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (1 transmitter per 90 days)
<i>pc lancets super thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
PERFECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>pip lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>pip lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUCOSE DEVICE (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 2	PA
PRECISION THINS GP LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>preferred plus lancets colored</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>preferred plus lancets thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
PSS SELECT GP LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
PSS SELECT PLATFORMS (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>px advanced lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>px lancets microthin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>px lancets ultra thin 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>qc advanced lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>qc lancets super thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>qc lancets ultra thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>qc unilet lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>qc unilet lancets micro thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>reality trigger lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RELION LANCET DEVICES 30G (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RELION LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
RELION LANCING DEVICE KIT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC
RELION TRUE MET AIR GLUC METER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
RIGHTEST GL300 LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SAFE-T-LANCE (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SAFE-T-LANCE PLUS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sb lancets thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sb lancets ultra thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>select-lite devicellancets kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>select-lite lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
SHOPKO AUTOLET LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
SHOPKO ON-THE-GO LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SHOPKO UNILET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SHOPKO UNILET LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sm lancets 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SMART SENSE THIN LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SMARTTEST LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
STERILANCE PA (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STERILANCE TL (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>super thin lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sure comfort lancets 18g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sure comfort lancets 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sure comfort lancets 23g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sure comfort lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sure comfort lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>sure comfort lancing pen</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
SURELITE LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TECHLITE LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TECHLITE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>tgt lancet micro thin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>tgt lancet thin 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>tgt lancet ultra thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>tgt lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
THINLETS GP LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>today's health lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>today's health thin lancets 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>today's health thin lancets 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>topcare lancets micro-thin 33g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>travel lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER DEVICE (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX LEVEL 1 IN VITRO SOLUTION (<i>blood glucose calibration</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX LEVEL 2 IN VITRO SOLUTION (<i>blood glucose calibration</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX LEVEL 3 IN VITRO SOLUTION (<i>blood glucose calibration</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX METER DEVICE (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
TRUE METRIX METER KIT (<i>blood glucose monitoring suppl</i>)	Nivel 1	OTC
TRUEDRAW LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
TRUEPLUS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio médico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET EXCELITE (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET EXCELITE II (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 1 (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 2 (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK 2 COMFORT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 2 EXTRA (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 2 NEONATAL (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 2 NORMAL (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 2 SUPER (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 3 (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 3 COMFORT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 3 EXTRA (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 3 NEONATAL (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK 3 NORMAL (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK CZT COMFORT (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK CZT NORMAL (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK NORMAL (<i>lancets misc.</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>value plus lancet standard 21g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>value plus lancets super thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>value plus lancets thin 26g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>value plus lancing device</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>valumark lancet super thin 30g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>valumark lancet ultra thin 28g</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
VIDA MIA AUTOLET LANCING DEV (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
VIDA MIA UNILET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
VIDA MIA UNILET LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
VIVAGUARD LANCING DEVICE (<i>lancet devices</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 unit per 135 days)
<i>walgreens adv travel lancets</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WALGREENS LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>walgreens lancets micro thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
<i>walgreens lancets super thin</i>	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
WALGREENS THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	Nivel 1	OTC; QL (102 units per 30 days)
SUMINISTROS PARA EL DRENAJE Y LA IRRIGACIÓN URINARIA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
BARD IRRIGATION SYRINGE/BULB (<i>irrigation supplies</i>)	Nivel 2	
KANGAROO IRRIGATION KIT (<i>irrigation supplies</i>)	Nivel 2	
SUMINISTROS PARA LA ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
INSUFLOON (<i>subcutaneous soft cannula</i>)	Nivel 2	
SUMINISTROS PARA LA TERAPIA RESPIRATORIA - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>adult mask device</i>	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROBIKA DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
AEROTRACH PLUS (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 1	
ALL FLOW 1000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
ALL FLOW 2000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
ALL FLOW 3000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
ALL FLOW 4000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALL FLOW 5000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
ALL FLOW 6000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
ALL FLOW 7000 PFT FILTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
<i>co monitor device</i>	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
IN-CHECK DIAL FLOW TRAINER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
IN-CHECK INSPIRATORY FLOW MTR DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
OMBRA TABLE TOP COMPRESSOR DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
ONE FLOW SPIROMETER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
PARI MANUAL INTERRUPTER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
PARI TREK S COMBO PACK DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 1	MB; OTC; QL (2 units per 365 days)
<i>spiro pd device</i>	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
THRESHOLD PEP DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 2	QL (2 units per 365 days)
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE (<i>respiratory therapy supplies</i>)	Nivel 1	QL (2 units per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DIURÉTICOS - DRUGS FOR THE HEART		
COMBINACIONES DE DIURÉTICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 25-25 MG (<i>spironolactone-hctz</i>)	Nivel 2	DO; QL (2 tablets per 1 day)
ALDACTAZIDE ORAL TABLET 50-50 MG (<i>spironolactone-hctz</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	Nivel 1	
MAXZIDE ORAL TABLET (<i>triamterene-hctz</i>)	Nivel 2	
MAXZIDE-25 ORAL TABLET (<i>triamterene-hctz</i>)	Nivel 2	
<i>spironolactone-hctz oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (2 tablets per 1 day)
<i>triamterene-hctz oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	Nivel 1	
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ALDACTONE ORAL TABLET 100 MG (<i>spironolactone</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
ALDACTONE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (<i>spironolactone</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (<i>spironolactone</i>)	Nivel 2	PA; QL (20 mL per 1 day)
DYRENIUM ORAL CAPSULE (<i>triamterene</i>)	Nivel 2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>spironolactone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>triamterene oral capsule</i>	Nivel 2	
DIURÉTICOS DEL ASA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>bumetanide injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bumetanide oral tablet</i>	Nivel 1	
BUMEX ORAL TABLET (<i>bumetanide</i>)	Nivel 2	
EDECRIN ORAL TABLET (<i>ethacrynic acid</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>furosemide in sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>furosemide injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>furosemide oral solution</i>	Nivel 1	
<i>furosemide oral tablet</i>	Nivel 1	
LASIX ORAL TABLET (<i>furosemide</i>)	Nivel 2	
SODIUM EDECRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ethacrynate sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>torseamide oral tablet</i>	Nivel 1	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>mannitol intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mannitol</i> (Osmitrol Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
DIURÉTICOS TIAZÍDICOS Y DIURÉTICOS TIPO TIAZÍDICOS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	Nivel 1	
DIURIL ORAL SUSPENSION (<i>chlorothiazide</i>)	Nivel 2	
<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	
SODIUM DIURIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chlorothiazide sodium</i>)	Nivel 2	MB
THALITONE ORAL TABLET (<i>chlorthalidone</i>)	Nivel 2	
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>acetazolamide oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
KEVEYIS ORAL TABLET (<i>dichlorphenamide</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)
<i>methazolamide oral tablet</i>	Nivel 1	
ESTRÓGENOS - HORMONES		
*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST*** - DRUGS FOR WOMAN		
MYFEMBREE ORAL TABLET (<i>relugolix-estradiol-norethind</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>elagolix-estradiol-norethind</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 carton per 28 days)
ESTRÓGENO - COMBINACIÓN DE MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS - DRUGS FOR WOMEN		
DUAVEE ORAL TABLET (<i>conj estrogens-bazedoxifene</i>)	Nivel 2	PA
ESTRÓGENO Y PROGESTINA - DRUGS FOR WOMEN		
ACTIVELLA ORAL TABLET (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	Nivel 2	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Amabelz Oral Tablet)	Nivel 1	
ANGELIQ ORAL TABLET (<i>drospirenone-estradiol</i>)	Nivel 2	
BIJUVA ORAL CAPSULE (<i>estradiol-progesterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	Nivel 2	QL (4 patches per 30 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	Nivel 2	QL (8 patches per 30 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	Nivel 1	
FEMHRT ORAL TABLET (<i>norethindrone-eth estradiol</i>)	Nivel 2	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Fyavolv Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>norethindrone-eth estradiol</i> (Jinteli Oral Tablet)	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>estradiol-norethindrone acet</i> (Mimvey Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	
PREFEST ORAL TABLET (<i>estradiol-norgestimate</i>)	Nivel 2	
PREMPHASE ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	Nivel 2	
PREMPRO ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	Nivel 2	
ESTRÓGENOS - DRUGS FOR WOMEN		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 patches per 30 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL (<i>estradiol valerate</i>)	Nivel 2	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL (<i>estradiol cypionate</i>)	Nivel 2	PA
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 1 MG/GM, 1.25 MG/1.25GM (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/0.75GM (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 packets per 30 days)
<i>estradiol</i> (Dotti Transdermal Patch Twice Weekly)	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
ESTRACE ORAL TABLET (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	
<i>estradiol oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	Nivel 1	QL (4 patches per 30 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i>	Nivel 1	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>estradiol</i> (Lyllana Transdermal Patch Twice Weekly)	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
MENEST ORAL TABLET (<i>esterified estrogens</i>)	Nivel 2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 patches per 30 days)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>estrogens conjugated</i>)	Nivel 2	MB
PREMARIN ORAL TABLET (<i>estrogens conjugated</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 patches per 28 days)
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS - BIOLOGICAL AGENTS		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS - BIOLOGICAL AGENTS		
<i>acacia subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>acremonium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>alternaria subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>american beech subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>american cockroach subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>american elm subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>arizona cypress subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aspergillus fumigatus injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aureobasidium pullulans injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aureobasidium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>australian pine subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bahia subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bayberry (wax myrtle) subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bermuda grass injection solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bermuda grass subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>botrytis injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>botrytis subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>brome subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>california pepper tree subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>candida albicans extract injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>candida albicans extract subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cat hair extract injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cat hair extract subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cattle epithelium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cedar elm subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cladosporium cladosporioides injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cladosporium cladosporioides intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cladosporium cladosporioides subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cladosporium sphaerospermum subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cocklebur subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>corn pollen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dandelion subcutaneous solution</i>	Nivel 2	
<i>dog epithelium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dog fennel subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>drechslera subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>eastern cottonwood subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>epicoccum nigrum injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>epicoccum subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fire ant subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>fusarium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>german cockroach subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>goldenrod subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>grass pollen(k-o-r-t-swt vern) injection solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>timothy grass pollen allergen</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hackberry subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
HONEY BEE VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1300 MCG (<i>honey bee venom</i>)	Nivel 2	
HONEY BEE VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 550 MCG (<i>honey bee venom</i>)	Nivel 2	MB
<i>honey bee venom subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>horse epithelium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>johnson grass subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>june grass pollen standardized subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>kapok subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>kochia subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lenscale subcutaneous solution</i>	Nivel 2	
<i>meadow fescue grass pollen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>melaleuca subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mesquite subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mite (d. farinae) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mite (d. farinae) subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mite (d. pteronyssinus) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mite (d. pteronyssinus) subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mixed ragweed subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mixed vespil venom protein injection solution reconstituted 1300-1300-1300 mcg</i>	Nivel 2	
<i>mixed vespil venom protein injection solution reconstituted 550-550-550 mcg</i>	Nivel 2	MB
<i>mixed vespil venom protein subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>mountain cedar subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mouse epithelium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mucor injection solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mucor intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mucor subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mugwort subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>olive tree subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>orchard grass pollen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 kit per 1 fill)
<i>penicillium notatum injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>penicillium notatum subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>perennial rye grass pollen injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>phoma exigua subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>privet subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>queen palm subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>rabbit epithelium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>short ragweed pollen ext</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>red maple subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>red mulberry subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>red top grass pollen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>rhizopus subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>rough marsh elder subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>russian thistle subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>saccharomyces cerevisiae injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>saccharomyces cerevisiae subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>shagbark hickory subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sheep sorrel subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>short ragweed pollen ext subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>spiny pigweed subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>stemphylium subcutaneous solution</i>	Nivel 2	
<i>sweet gum subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sweet vernal grass pollen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>tall ragweed subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>timothy grass pollen allergen injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>timothy grass pollen allergen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>trichophyton mentagrophytes subcutaneous solution</i>	Nivel 2	
<i>trichophyton subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
VENOMIL HONEY BEE VENOM INJECTION KIT (<i>honey bee venom</i>)	Nivel 2	
VENOMIL MIXED VESPID VENOM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mixed vespid venom</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VENOMIL WASP VENOM INJECTION KIT (<i>wasp venom</i>)	Nivel 2	
VENOMIL WHITE FACED HORNET INJECTION KIT (<i>white faced hornet venom</i>)	Nivel 2	
VENOMIL YELLOW HORNET VENOM INJECTION KIT (<i>yellow hornet venom</i>)	Nivel 2	
VENOMIL YELLOW JACKET VENOM INJECTION KIT (<i>yellow jacket venom</i>)	Nivel 2	
<i>wasp venom protein injection solution reconstituted 1300 mcg</i>	Nivel 2	
<i>wasp venom protein injection solution reconstituted 550 mcg</i>	Nivel 2	MB
<i>wasp venom protein subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>western juniper subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>white birch subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>white faced hornet venom subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>white mulberry subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>white oak subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>white pine subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
WHITE-FACED HORNET VENOM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1300 MCG (<i>white faced hornet venom</i>)	Nivel 2	
WHITE-FACED HORNET VENOM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 550 MCG (<i>white faced hornet venom</i>)	Nivel 2	MB
<i>yellow dock subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>yellow hornet venom protein injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>yellow hornet venom protein subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>yellow jacket venom protein injection solution reconstituted 1300 mcg</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>yellow jacket venom protein injection solution reconstituted 550 mcg</i>	Nivel 2	MB
<i>yellow jacket venom protein subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
EXTRACTOS ALERGÉNICOS MIXTOS - BIOLOGICAL AGENTS		
<i>dust mite mixed allergen ext injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mixed aspergillus subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mixed feathers subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>dust mite mixed allergen ext</i>)	Nivel 2	PA
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>grass mix pollens allergen ext</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sorrelldock mix subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
FLUOROQUINOLONAS - ANTIBIOTICS		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>delafloxacin meglumine</i>)	Nivel 2	PA; MB; QL (28 tablets per 1 fill)
BAXDELA ORAL TABLET (<i>delafloxacin meglumine</i>)	Nivel 2	PA; QL (28 tablets per 1 fill)
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>ciprofloxacin</i>)	Nivel 2	QL (3 bottles per 30 days)
CIPRO ORAL TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	Nivel 2	QL (28 tablets per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 30 days)
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>levofloxacin intravenous solution</i>	Nivel 2	MB; QL (480 mL per 1 fill)
<i>levofloxacin oral solution</i>	Nivel 1	QL (480 mL per 30 days)
<i>levofloxacin oral tablet</i>	Nivel 1	QL (14 tablets per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>moxifloxacin hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	Nivel 2	QL (21 tablets per 1 fill)
<i>ofloxacin oral tablet</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 1 fill)
HIPNÓTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
COMBINACIONES DE HIPNÓTICOS ANTIHISTAMÍNICOS - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>cvs acetaminophen pm ext st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs non-aspirin headache pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp pain relief pm ex st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm ibuprofen pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>kls rapid release apap pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
MEDI-TABS PM EXTRA STRENGTH ORAL TABLET (<i>diphenhydramine-apap (sleep)</i>)	Nivel 1	OTC
MOTRIN PM ORAL TABLET (<i>ibuprofen-diphenhydramine cit</i>)	Nivel 1	OTC
<i>non-aspirin pm extra strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>non-aspirin pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>pain reliever pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
PANDOL PM EXTRA STRENGTH ORAL TABLET (<i>diphenhydramine-apap (sleep)</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc headache relief pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb non-asa night time oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb pain reliever pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm headache relief pm oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
HIPNÓTICOS ANTIHISTAMÍNICOS - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>cvs sleepaid (diphenhydramine) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs sleep-aid nighttime oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>diphenhydramine hcl (sleep) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp sleep aid nighttime oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense sleep aid oral capsule</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm nighttime sleep aid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>kls sleep aid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc sleep-aid max st oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra night sleep aid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sleep tabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sleep-aid oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>sleep-aid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sleep-tabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS - DRUGS FOR INSOMNIA		
NEMBUTAL INJECTION SOLUTION (<i>pentobarbital sodium</i>)	Nivel 2	MB
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>phenobarbital oral elixir</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg</i>	Nivel 1	QL (4 tablets per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg</i>	Nivel 1	QL (800 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 16.2 mg, 30 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	Nivel 1	
<i>phenobarbital oral tablet 32.4 mg</i>	Nivel 1	QL (370 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital oral tablet 60 mg</i>	Nivel 1	QL (200 tablets per 30 days)
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	Nivel 2	MB
HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remimazolam besylate</i>)	Nivel 2	MB
DORAL ORAL TABLET (<i>quazepam</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>estazolam oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>flurazepam hcl oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
HALCION ORAL TABLET (<i>triazolam</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>midazolam hcl injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>midazolam hcl oral syrup</i>	Nivel 2	
<i>midazolam hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>midazolam hcl-sodium chloride intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>midazolam intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>midazolam-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>midazolam-sodium chloride intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
RESTORIL ORAL CAPSULE (<i>temazepam</i>)	Nivel 2	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>temazepam oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>triazolam oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA - DRUGS FOR INSOMNIA		
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>zolpidem tartrate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET (<i>zolpidem tartrate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>zolpidem tartrate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET (<i>eszopiclone</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule</i>	Nivel 1	DO; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	Nivel 1	DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 2	PA
ZOLPIMIST ORAL SOLUTION (<i>zolpidem tartrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
SEDATIVOS AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO ALFA 2 SELECTIVO - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>dexmedetomidine hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dexmedetomidine hcl-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>)	Nivel 2	MB
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE MELATONINA SELECTIVO - DRUGS FOR INSOMNIA		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (<i>tasimelton</i>)	Nivel 2	PA; QL (5 mL per 1 day)
HETLIOZ ORAL CAPSULE (<i>tasimelton</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ramelteon oral tablet</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
ROZEREM ORAL TABLET (<i>ramelteon</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA OREXINA - DRUGS FOR INSOMNIA		
BELSOMRA ORAL TABLET (<i>suvorexant</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET (<i>lemborexant</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral tablet 6 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET 3 MG (<i>doxepin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SILENOR ORAL TABLET 6 MG (<i>doxepin hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SEDATIVOS AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO ALFA 2 SELECTIVO - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>dexmedetomidine hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>)	Nivel 2	MB
LAXANTES - DRUGS FOR THE STOMACH		
COMBINACIONES DE LAXANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
CLENPIQ ORAL SOLUTION (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acd</i>)	Nivel 2	QL (320 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	Nivel 1	QL (4000 mL per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i> (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted)	Nivel 1	QL (4000 mL per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	Nivel 1	QL (4000 mL per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	Nivel 2	QL (4000 mL per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>)	Nivel 2	QL (4000 mL per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	QL (4000 mL per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	QL (4000 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted</i>	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i>)	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION (<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>)	Nivel 2	QL (1 kit per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	Nivel 2	QL (24 tablets per 30 days)
LAXANTES A GRANEL - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>clear fiber powder oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs daily fiber oral packet</i>	Nivel 1	OTC
<i>daily fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq daily fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq fiber therapy oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq fiber therapy oral tablet 625 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (8 tablets per 1 day)
<i>eql fiber laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (8 tablets per 1 day)
<i>eql fiber supplement oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql fiber therapy oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql natural fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql smooth texture fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>fiber laxative + calcium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (8 tablets per 1 day)
<i>fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>fiber therapy oral powder</i>	Nivel 1	OTC
FIBERCON ORAL TABLET (<i>calcium polycarbophil</i>)	Nivel 1	OTC; QL (8 tablets per 1 day)
<i>goodsense fiber oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense psyllium fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm fiber oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm fiber powder oral powder</i>	Nivel 1	OTC
MEDI-MUCIL ORAL CAPSULE (<i>psyllium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>natural fiber laxative oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>natural fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>natural vegetable fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>psyllium fiber oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc fiber therapy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
REGULOID ORAL CAPSULE (<i>psyllium</i>)	Nivel 1	
REGULOID ORAL POWDER (<i>psyllium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sb fiber laxative oral powder</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb fiber laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (8 tablets per 1 day)
<i>sm fiber oral powder</i>	Nivel 1	OTC
WAL-MUCIL ORAL POWDER (<i>psyllium</i>)	Nivel 1	OTC
LAXANTES ESTIMULANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>bisacodyl laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>bisacodyl rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>casaca sagrada oral fluid extract</i>	Nivel 2	
<i>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>cvs gentle laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs laxative pills max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 tablets per 1 day)
<i>eq laxative maximum strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>eq natural vegetable laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql laxative maximum strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EX-LAX ULTRA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>bisacodyl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
FEENAMINT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>bisacodyl</i>)	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>gentle laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>gnp gentle laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>goodsense laxative pills oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>goodsense womens laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>hm senna oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>laxative regular strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
MEDI-LAX ORAL TABLET (<i>sennosides</i>)	Nivel 1	OTC
<i>medi-natural oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY (<i>bisacodyl</i>)	Nivel 1	OTC
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF ORAL TABLET (<i>sennosides</i>)	Nivel 1	OTC
<i>px vegetable laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc gentle laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>qc gentle laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra fast relief laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra laxative oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sb laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>senna oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>senna oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
SENNA SMOOTH ORAL TABLET (<i>sennosides</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sennazon oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm laxative rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY (<i>bisacodyl</i>)	Nivel 1	OTC
<i>womans laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
<i>womens laxative oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (100 tablets per 90 days)
LAXANTES LUBRICANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm mineral oil oral oil</i>	Nivel 1	OTC
LAXANTES SALINOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>citrate of magnesia oral solution</i>	Nivel 1	OTC
CITROMA ORAL SOLUTION (<i>magnesium citrate</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs epsom salt oral granules</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs magnesium citrate oral solution</i>	Nivel 1	OTC
DULCOLAX MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION (<i>magnesium hydroxide</i>)	Nivel 1	OTC
DULCOLAX ORAL SUSPENSION (<i>magnesium hydroxide</i>)	Nivel 1	OTC
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense magnesium citrate oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm magnesium citrate oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>milk of magnesia oral suspension</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>qc epsom salt oral granules</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb magnesium citrate oral solution</i>	Nivel 1	OTC
LAXANTES SURFACTANTES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
CORRECTOL EXTRA GENTLE ORAL CAPSULE (<i>docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>cvs stool softener oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>cvs stool softener oral capsule 240 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
DOCU LIQUID ORAL LIQUID (<i>docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>docusate sodium oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>docusate sodium oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
DOK ORAL CAPSULE (<i>docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>dss oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>dss oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
DULCOLAX PINK STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE (<i>docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
DULCOLAX STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE (<i>docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>easy-lax oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>eq stool softener oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>eq stool softener oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql stool softener oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>gnp stool softener oral capsule 240 mg, 250 mg</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>hm stool softener oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>mm stool softener laxative oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
PHILLIPS STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE (<i>docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>px docusate sodium oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>qc docusate calcium oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc stool softener oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>ra col-rite oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>ra col-rite oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra stool softener oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>sb docusate sodium oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>sb stool softener oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>sm stool softener oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm stool softener oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>stool softener laxative oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>stool softener oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (3 capsules per 1 day)
<i>stool softener oral capsule 250 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>stool softener oral liquid</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LAXANTES VARIOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
AVEDANA GLYCERIN (ADULT) RECTAL SUPPOSITORY (<i>glycerin (laxative)</i>)	Nivel 1	OTC
CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>constulose oral solution</i>	Nivel 1	QL (4800 mL per 30 days)
<i>cvs glycerin adult rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
CVS PURELAX ORAL PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)
CVS PURELAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
EQ CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
EQL CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>gavilax oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>gentlelax oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>glycerin (child) rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>glycerin (pediatric) rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>glycerin adult rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>glycerin childrens rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
GLYCOLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
GNP CLEARLAX ORAL PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)
GNP CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEALTHYLAX ORAL PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)
HM CLEARLAX ORAL PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)
HM CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
KLS LAXACLEAR ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
KRISTALOSE ORAL PACKET (<i>lactulose</i>)	Nivel 2	
<i>lactulose oral solution</i>	Nivel 1	QL (4800 mL per 30 days)
MM CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>peg 3350 oral packet</i>	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)
<i>peg 3350 oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>px glycerin rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc natura-lax oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>ra laxative oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
<i>sb glycerin adult rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb glycerin pediatric rectal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
SM CLEARLAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
SMOOTH LAX ORAL PACKET (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (34 grams per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SMOOTH LAX ORAL POWDER (<i>polyethylene glycol 3350</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 packets per 1 day)
LAXANTES Y DSS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>eq senna-s oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql stool softener/stimulant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp senna plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>medi-natural plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra 2-in-1 lax/stool softener oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb docusate sodium/senna oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
SENEXON-S ORAL TABLET (<i>sennosides-docusate sodium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>senna plus oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>senna-docusate sodium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>stimulant laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>stool softener laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>stool softener plus laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>stool softener/laxative oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>stool softener/laxative oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
MEZCLAS DE LAXANTES SALINOS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>enema pediatric rectal enema</i>	Nivel 1	OTC
<i>enema rectal enema</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq enema rectal enema</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql ready-to-use enema rectal enema</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense enema rectal enema</i>	Nivel 1	OTC
OSMOPREP ORAL TABLET (<i>sod phos mono-sod phos dibasic</i>)	Nivel 2	QL (32 tablets per 30 days)
<i>ra saline enema rectal enema</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm enema rectal enema</i>	Nivel 1	OTC
MACRÓLIDOS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AZITROMICINA - ANTIBIOTICS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>azithromycin oral packet</i>	Nivel 1	QL (2 packets per 1 fill)
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (15 mL per 1 fill)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (6 tablets per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (3 tablets per 1 fill)
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	Nivel 1	QL (8 tablets per 1 fill)
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	MB
ZITHROMAX ORAL PACKET (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	QL (2 packets per 1 fill)
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	QL (15 mL per 1 fill)
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 30 days)
ZITHROMAX ORAL TABLET 500 MG (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 fill)
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 fill)
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	Nivel 2	QL (6 tablets per 30 days)
CLARITROMICINA - ANTIBIOTICS		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (300 mL per 1 fill)
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	QL (28 tabs per 1 fill)
<i>clarithromycin oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	QL (28 tablets per 1 fill)
ERITROMICINAS - ANTIBIOTICS		
E.E.S. 400 ORAL TABLET (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	Nivel 1	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	Nivel 2	
ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	Nivel 2	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release)	Nivel 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>erythromycin lactobionate</i>)	Nivel 2	MB
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET (<i>erythromycin stearate</i>)	Nivel 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted</i>	Nivel 2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	
FIDAXOMICINA - ANTIBIOTICS		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>fidaxomicin</i>)	Nivel 2	PA
DIFICID ORAL TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	Nivel 2	PA; QL (20 tablets per 1 fill)
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGINA - DRUGS FOR THE LUNGS		
ANTIISTAMÍNICOS - ANALGÉSICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>qc cold relief oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>qc severe allergy oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>severe allergy oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
ANTITUSIVOS - ANTIISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	Nivel 2	AL

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS OPIÁCEOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>promethazine vclcodeine oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (120 mL per 1 fill)
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (120 mL per 1 fill)
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS OPIÁCEOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release</i>	Nivel 2	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	Nivel 1	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (120 mL per 1 fill)
TUSSICAPS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>hydrocod polst-chlorphen polst</i>)	Nivel 2	AL
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>chlorpheniramine-codeine</i>)	Nivel 2	AL
TUZISTRA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>codeine polst-chlorphen polst</i>)	Nivel 2	AL
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DESCONGESTIVOS - ANALGÉSICOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>eq cold flu & sore throat oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>gnp cold max severe oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>gnp cold/flu severe oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>goodsense cold & flu oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>hm daytime cold & flu oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>hm severe cold/flu oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
MUCINEX FAST-MAX CLD FLU THRT ORAL TABLET (<i>phenylephrine-dm-gg-apap</i>)	Nivel 1	AL; OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUCINEX FAST-MAX COLD FLU ORAL TABLET (<i>phenylephrine-dm-gg-apap</i>)	Nivel 1	AL; OTC
MUCINEX FAST-MAX COLD/FLU ORAL TABLET (<i>phenylephrine-dm-gg-apap</i>)	Nivel 1	AL; OTC
MUCINEX SINUS-MAX ORAL TABLET (<i>phenylephrine-dm-gg-apap</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>mucus relief plus oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>mucus relief severe cong/cold oral tablet</i>	Nivel 1	AL; OTC
THERAFLU EXPRESSMAX SEV CLD/FL ORAL TABLET (<i>phenylephrine-dm-gg-apap</i>)	Nivel 1	AL; OTC
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DESCONGESTIVOS - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
GILTUSS COUGH & COLD CHILDRENS ORAL LIQUID (<i>phenylephrine-dm-gg</i>)	Nivel 1	AL; OTC
GILTUSS COUGH & COLD ORAL LIQUID (<i>phenylephrine-dm-gg</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>sm tussin cf oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
TUSNEL C ORAL SYRUP (<i>pseudoephedrine-codeine-gg</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>wal-tussin cf oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>altarussin dm oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>chest congestion relief dm oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>cvs tussin dm max st oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>eq mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq tussin dm max adult oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq tussin dm max daytime oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>eql mucus-dm oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>g tussin ac oral solution</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>geri-tussin dm oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
GILTUSS COUGH & CHEST CHILDREN ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
GILTUSS COUGH & CHEST ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
GILTUSS DIABETIC COUGH & COLD ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
GILTUSS HONEY CGH/CHEST CONGES ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
GILTUSS HONEY CGH/CHST CHILD ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>gnp mucus relief dm max oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>gnp tussin dm max oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>goodsense tussin dm max oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>guaiasorb dm oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaiatussin ac oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaicon dms oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaifenesin ac oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>hm adult tussin cough & chest oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>hm mucus relief cough children oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>intense cough reliever oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>maxi-tuss ac oral solution</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>maxi-tuss g oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>m-clear wc oral solution</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>medi-tussin dm double strength oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>medi-tussin dm oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>mucus & cough relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>mucus dm oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>mucus relief dm oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
PEDIACARE COUGH/CONGESTION ORAL LIQUID (<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>qc mucus & cough relief child oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>qc mucus relief dm max oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>ra mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra tussin cough dm sugar free oral syrup</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>trymine cg oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>tussin dm max oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>virtussin alc oral solution</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
<i>virtussin ac walc oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (120 mL per 1 fill)
ANTITUSIVOS - NO NARCÓTICOS - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>benzonatate oral capsule</i>	Nivel 1	AL
<i>daytime cough oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql cough dm oral suspension extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>px tussin max oral syrup</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH CHILD ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>dextromethorphan polistirex</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm cough dm childrens oral suspension extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm cough dm oral suspension extended release</i>	Nivel 1	OTC
TESSALON PERLES ORAL CAPSULE (<i>benzonatate</i>)	Nivel 2	AL
ANTITUSIVOS - OPIOIDES - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
HYCODAN ORAL SYRUP (<i>hydrocodone-homatropine</i>)	Nivel 2	AL
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup</i>	Nivel 1	AL
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet</i>	Nivel 1	AL
<i>hydromet oral syrup</i>	Nivel 1	AL
DESCONGESTIVO CON EXPECTORANTE - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
GILPHEX TR ORAL TABLET (<i>phenylephrine-guaifenesin</i>)	Nivel 2	AL
DESCONGESTIVO Y ANTIHISTAMÍNICO - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>12hr allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>antihistamine & nasal deconges oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
APRODINE ORAL TABLET (<i>triprolidine-pseudoephedrine</i>)	Nivel 1	AL; OTC
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>desloratadine-pseudoephedrine</i>)	Nivel 2	PA; AL; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp allergy-d allergy & conges oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
LOHIST-D ORAL LIQUID (<i>chlorpheniramine-pseudoeph</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>promethazine vc oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (240 mL per 30 days)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	Nivel 1	AL; QL (240 mL per 30 days)
<i>ra allergy relf & nasal decong oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra allergy rlf/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra allergy/congestion oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>rynex pse oral liquid</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm cold & allergy childrens oral elixir</i>	Nivel 1	AL; OTC
WAL-ACT ORAL TABLET (<i>triprolidine-pseudoephedrine</i>)	Nivel 1	AL; OTC
WAL-FEX D ALLERGY & CONGESTION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>fexofenadine-pseudoephedrine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>wal-tap cold/allergy oral elixir</i>	Nivel 1	AL; OTC
EXPECTORANTES - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>altarussin oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
BUCKLEYS CHEST CONGESTION ORAL LIQUID (<i>guaifenesin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>chest congestion relief oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
<i>chest congestion relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs mucus extended release oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
DIABETIC TUSSIN EX ORAL SYRUP (<i>guaifenesin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>eq 12 hour mucus relief oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
EQ MUCUS ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>guaifenesin</i>)	Nivel 1	AL; OTC
<i>geri-tussin oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>hm mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID (<i>guaifenesin</i>)	Nivel 1	OTC
<i>mucus relief chest congestion oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>mucus+chest congestion oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>pharbinex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc medifin mucus relief child oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc mucus relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>ra mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
<i>ra tussin chest congestion oral syrup</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb mucus relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm mucus relief childrens oral liquid</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; OTC
TUSNEL-EX ORAL LIQUID (<i>guaifenesin</i>)	Nivel 1	OTC
XPECT ORAL TABLET (<i>guaifenesin</i>)	Nivel 1	OTC
EXPECTORANTES DE YODO - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
SSKI ORAL SOLUTION (<i>potassium iodide (expectorant)</i>)	Nivel 2	
INHALANTES RESPIRATORIOS VARIOS - DRUGS FOR ALLERGIES		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>sodium chloride</i>)	Nivel 2	
<i>nasal mist inhalation aerosol solution</i>	Nivel 1	OTC
SIMPLY SALINE BABY INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>sodium chloride</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution</i>	Nivel 1	
MUCOLÍTICOS - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	Nivel 1	
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - DRUGS FOR THE STOMACH		
AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON COMBINACIONES DE BISMUTO - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
HELIDAC THERAPY ORAL (<i>metronid-tetracyc-bis subsal</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>)	Nivel 2	PA; QL (120 capsules per 1 fill)
AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</i>	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (<i>amoxicill-clarithro-omeprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 pack per 1 fill)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>amoxicill-rifabutin-omeprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (168 capsules per 1 day)
ALCALOIDES DE LA BELLADONA - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
ATROPEN INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.3ML (<i>atropine sulfate</i>)	Nivel 2	
ATROPEN INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.7ML, 1 MG/0.7ML, 2 MG/0.7ML (<i>atropine sulfate</i>)	Nivel 2	MB
<i>atropine sulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>atropine sulfate intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
ANTICOLINÉRGICOS NASALES CUATERNARIOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
ANTIESPASMÓDICOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>dicyclomine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>dicyclomine hcl intramuscular solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	Nivel 1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
ANTIULCEROSOS VARIOS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (<i>sucralfate</i>)	Nivel 2	
CARAFATE ORAL TABLET (<i>sucralfate</i>)	Nivel 2	
<i>sucralfate oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>sucralfate oral tablet</i>	Nivel 1	
COMBINACIONES DE ANTIÁCIDOS-ANTAGONISTAS H2 - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer complete oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>kls acid controller complete oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra acid reducer plus antacid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</i>	Nivel 2	
LIBRAX ORAL CAPSULE (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES Y ANTIÁCIDOS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>cvs omeprazole-sod bicarbonate oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate capsule 20-1100 mg oral (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate capsule 20-1100 mg oral (rx)</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1100 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral packet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
ZEGERID ORAL CAPSULE (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
ZEGERID ORAL PACKET (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>acid reducer oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>rabeprazole sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ACIPHEX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>rabeprazole sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>cvs lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>cvs lansoprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs omeprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	Nivel 1	OTC
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>dexlansoprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>eq esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>eq lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>eq omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq omeprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>eql omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20 mg oral (otc)</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20 mg oral (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium capsule delayed release 20 mg oral (rx)</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>esomeprazole magnesium oral packet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>esomeprazole magnesium oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
FIRST-OMEPRAZOLE ORAL SUSPENSION (<i>omeprazole</i>)	Nivel 2	
<i>gnp esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>gnp lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>gnp omeprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp omeprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	Nivel 1	OTC
GOODSENSE ESOMEPRAZOLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>goodsense lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>hm esomeprazole magnesium dr oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>hm lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>hm omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>kls esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>kp omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>lansoprazole capsule delayed release 15 mg oral (otc)</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>lansoprazole capsule delayed release 15 mg oral (otc)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>lansoprazole capsule delayed release 15 mg oral (rx)</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEXIUM 24HR ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>esomeprazole sodium</i>)	Nivel 2	MB
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
NEXIUM ORAL PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>omeprazole magnesium oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>	Nivel 2	PA
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>	Nivel 1	PA; Preferred for Members less than 6 years of age. PA required for members greater than 6.
<i>omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>omeprazole oral tablet delayed release dispersible</i>	Nivel 1	OTC
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>pantoprazole sodium oral packet</i>	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA
PREVACID 24HR ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>lansoprazole</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>lansoprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE (<i>lansoprazole</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PRILOSEC ORAL PACKET (<i>omeprazole magnesium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 mL per 1 day)
PRILOSEC OTC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>omeprazole magnesium</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pantoprazole sodium</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROTONIX ORAL PACKET (<i>pantoprazole sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 packet per 1 day)
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>pantoprazole sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>qc lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>qc omeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>ra omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>rabeprazole sodium oral capsule sprinkle</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sb omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>sm lansoprazole oral capsule delayed release</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>sm omeprazole oral tablet delayed release</i>	Nivel 1	OTC
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CYTOTEC ORAL TABLET (<i>misoprostol</i>)	Nivel 2	
<i>misoprostol oral tablet</i>	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
ALCALOIDES DE LA BELLADONA - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>atropine sulfate injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
ANTAGONISTAS H2 - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid control maximum strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	Nivel 2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 800 mg</i>	Nivel 2	QL (3 tablets per 1 day)
<i>eq famotidine max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>famotidine intravenous solution 20 mg/2ml</i>	Nivel 1	MB
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	Nivel 2	MB
<i>famotidine maximum strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	PA; QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	Nivel 1	QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine orig st oral tablet</i>	Nivel 1	DO; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine premixed intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
MM ACID-PEP MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET (<i>famotidine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mm famotidine oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nizatidine oral capsule 300 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<i>nizatidine oral solution</i>	Nivel 1	PA; QL (20 mL per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (<i>famotidine</i>)	Nivel 2	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (<i>famotidine</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>sb acid controller max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>sb acid controller oral tablet</i>	Nivel 1	DO; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sb acid reducer oral tablet</i>	Nivel 1	DO; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
ZANTAC 360 MAX ST ORAL TABLET (<i>famotidine</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
ZANTAC 360 ORAL TABLET (<i>famotidine</i>)	Nivel 1	DO; OTC; QL (2 tablets per 1 day)
ANTICOLINÉRGICOS NASALES CUATERNARIOS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	Nivel 2	
<i>glycopyrrolate injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>glycopyrrolate intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>glycopyrrolate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	Nivel 2	MB
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glycopyrrolate</i>)	Nivel 2	MB
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	Nivel 2	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole strontium oral capsule delayed release</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEDICINAS ALTERNATIVAS - VITAMINS AND MINERALS		
MEDICINAS ALTERNATIVAS - VITAMINS AND MINERALS		
<i>cvx melatonin extra strength oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 1 day)
<i>cvx melatonin gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvx melatonin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>cvx melatonin oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>cvx melatonin oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 1 day)
<i>cvx melatonin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvx melatonin oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvx melatonin sublingual tablet sublingual 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvx melatonin sublingual tablet sublingual 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvx quality sleep oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>gnp melatonin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>gnp melatonin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>gnp melatonin oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp melatonin sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm melatonin quick dissolve oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hm melatonin sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp melatonin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>max melatonin oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin extra strength oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (30 mL per 1 day)
<i>melatonin extra strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin maximum strength oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin oral capsule 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>melatonin oral capsule 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>melatonin oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin oral tablet dispersible 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>melatonin oral tablet dispersible 12 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin oral tablet dispersible 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin quick dissolve sublingual tablet sublingual</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin sublingual tablet sublingual 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>melatonin sublingual tablet sublingual 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>melatonin tr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mm melatonin oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc melatonin max st oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>ra melatonin oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra melatonin oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sm melatonin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sm melatonin oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sv melatonin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sv melatonin oral tablet dispersible</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
VITAJoy GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>melatonin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
ZARBEES SLEEP CHILD/MELATONIN ORAL LIQUID (<i>melatonin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (10 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MINERALES Y ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION		
BICARBONATOS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium acetate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium bicarbonate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tromethamine</i>)	Nivel 2	MB
CALCIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>calcium 600 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>calcium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>calcium gluconate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>calcium oyster shell oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>cvs calcium carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>hm calcium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>oyster shell calcium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
OYSTERCAL ORAL TABLET (<i>oyster shell</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>pure calcium carbonate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra calcium high potency oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb oyster shell calcium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
COMBINACIONES DE CALCIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>calcitrate plus d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium + d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium + d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 500 + d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 500 + d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 500 +d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 600 + d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 600 + minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium 600+d plus minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium carbonate-vitamin d oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium citrate + d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium citrate + oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium citrate +d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium creamies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium extra d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium gluconate-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>calcium magnesium zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium plus vitamin d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>calcium plus vitamin d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium/lcid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>calcium+d3 gradual release oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium-vitamin d3 oral capsule 600-400 mg-unit</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>calcium-vitamin d3 oral capsule 600-500 mg-unit</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium-vitamin d-minerals oral tablet chewable 600-400 mg-unit</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>calcium-vitamin d-minerals oral tablet chewable 600-800 mg-unit</i>	Nivel 1	OTC
CAL-MAG ORAL TABLET (<i>calcium-magnesium</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs calcium + d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs calcium 600 + dminerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs calcium 600 + dminerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs calcium citrate+d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs calcium-magnesium-zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq calcium citrate+d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq calcium citrate+d3 petites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>finest nutrition calcium/vit d oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp calcium 600 +d3/minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp calcium 600+d oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp calcium 600+d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>kp calcium 600+d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>liquid calcium with d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>liquid calcium/vitamin d oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>nat-rul oyster calcium+vit d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET (<i>calcium carb-cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC
<i>oyster calcium/d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>oyster shell calcium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET (<i>calcium carb-cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>px calcium&d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>qc calcium 600 +d3/minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra calcium 600/vit d/minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-200 mg-unit</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>ra calcium plus vitamin d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra calcium/vitamin d/minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sb calcium + d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm calcium 600+d plus minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm calcium citrate-vit d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm calcium soft chews oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm calcium/vitamin d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm calcium-magnesium-zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE FLUORURO - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL LIQUID (<i>sodium fluoride-vitamin d</i>)	Nivel 2	
COMBINACIONES DE OLIGOELEMENTOS - DRUGS FOR NUTRITION		
MULTRY'S INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	Nivel 2	MB
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (<i>trace minerals cr-cu-mn-se-zn</i>)	Nivel 2	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	Nivel 2	MB
COMBINACIONES MINERALES - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>calcium citrate + oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium citrate plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium citrate-mag-minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
ELECTROLITOS ORALES - DRUGS FOR NUTRITION		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>hm pediatric electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>oral electrolyte freezer pops oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>oral electrolytes oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
ORALYTE ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (6000 mL per 30 days)
ELECTROLITOS PARENTERALES - DRUGS FOR NUTRITION		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-s</i>)	Nivel 2	MB
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-s (ph 7.4)</i>)	Nivel 2	MB
<i>kcl (in nacl 0.9%) intravenous solution</i>	Nivel 2	
<i>kcl-lidocaine-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r</i>)	Nivel 2	MB
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r (ph 7.4)</i>)	Nivel 2	MB
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-148</i>)	Nivel 2	MB
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-a</i>)	Nivel 2	MB
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>ringers intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>parenteral electrolytes</i>)	Nivel 2	MB
ELECTROLITOS Y DEXTROSA - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dextrose-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ELLIOTTS B INTRATHECAL SOLUTION (<i>intrathecal dextrose</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-mb in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-p in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-m in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r in dextrose</i>)	Nivel 2	MB
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
FLUORURO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>fluoritab oral solution</i>	Nivel 2	
<i>sodium fluoride</i> (Nafrinse Drops Oral Solution)	Nivel 2	
<i>sodium fluoride</i> (Nafrinse Oral Tablet Chewable)	Nivel 1	
<i>sodium fluoride oral solution</i>	Nivel 1	
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	Nivel 2	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
FOSFATO - DRUGS FOR NUTRITION		
K-PHOS ORAL TABLET (<i>potassium phosphate monobasic</i>)	Nivel 2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (<i>k phos mono-sod phos di & mono</i>)	Nivel 2	
<i>k phos mono-sod phos di & mono</i> (Phospha 250 Neutral Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>phosphorous oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>k phos mono-sod phos di & mono</i> (Phospho-Trin 250 Neutral Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>potassium phosphates intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>potassium phosphates(71 meq k) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium phosphates intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>virt-phos 250 neutral oral tablet</i>	Nivel 1	
MAGNESIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cvs magnesium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs magnesium oxide oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>magnesium sulfate injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>magnesium sulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>magnesium sulfate-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET (<i>magnesium oxide</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>natrul magnesium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra natural magnesium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm magnesium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm magnesium oxide oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
MANGANESO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>manganese chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
OLIGOELEMENTOS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>chromic chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cupric chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>selenious acid intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
POTASIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cvs potassium gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>gnp potassium gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<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	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>potassium chloride crys er</i> (Klor-Con M20 Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Oral Packet)	Nivel 1	
<i>potassium chloride</i> (Klor-Con Oral Tablet Extended Release)	Nivel 1	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium chloride</i>)	Nivel 2	
<i>potassium acetate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>potassium chloride oral packet</i>	Nivel 1	
<i>potassium chloride oral solution</i>	Nivel 1	
<i>potassium gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>qc potassium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>ra potassium gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>sd potassium gluconate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>sm potassium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
SODIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium chloride flush</i> (Monoject Flush Syringe Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
<i>sodium chloride flush</i> (Monoject Sodium Chloride Flush Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
<i>normal saline flush intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium chloride flush intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium chloride injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
ZINC - DRUGS FOR NUTRITION		
GALZIN ORAL CAPSULE (<i>zinc acetate (oral)</i>)	Nivel 2	
IS-ZC 50 ORAL TABLET (<i>zinc</i>)	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
<i>qc zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 tablets per 1 day)
WILZIN ORAL CAPSULE (<i>zinc acetate (oral)</i>)	Nivel 2	
<i>zinc chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>zinc oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>zinc sulfate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION		
MULTIVITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vite oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily-vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>daily-vite oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>multiple vitamin</i>)	Nivel 2	MB
<i>multi vitamin daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-day oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multiple vitamin-folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-vitamin daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin iron-free oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>once daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc essentials oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
TAB-A-VITE ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>thera-mill oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>thera-tabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitalee oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
NIACINA CON INOSITOL - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cvs niacin flush free oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp niacin flush free oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>niacin flush free oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>no flush niacin oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS DE BIOFLAVONOIDE - DRUGS FOR NUTRITION		
ADRENAL C FORMULA ORAL TABLET (<i>bioflavonoid products</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>c1000 trlrose hiplbioflavonoid oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>c1500 trlose hips/bioflavonoid oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>c1500/rose hips/bioflavonoid oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
ESTER-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>bioflavonoid products</i>)	Nivel 1	OTC
<i>vitamin c-bioflavonoids oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
PRODUCTOS DE VITAMINAS ESPECIALIZADAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>a thru z advantage oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs menopause support oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MILLTRIUM STAMINA PLUS ORAL TABLET (<i>specialty vitamins products</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ultimate fat burner oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>varisan vitality oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitamins for hair oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>weight loss daily multi oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINAS CON LIPOTRÓPICOS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex (lipotropics) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b-100 complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b-100 cr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-100 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>b-50 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>balanced b-100 complex cr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>balanced b-50 complex oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-stress oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
CVS BALANCED B50 ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs inner ear plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>inner ear plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
LIPO FLAVONOID PLUS ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
LIPOFLAVOVIT ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mega multiple/chelated mineral oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methacholinelliver oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>multi-vitamin hp/minerals oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>nat-rul b-50 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
PX B-50 ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>risanoid plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super stress b-complex cr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>ultra b-100 complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINAS DEL COMPLEJO B - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>advanced stress formula/zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALLBEE/C ORAL TABLET (<i>b complex-c</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
APETIGEN-PLUS ORAL SOLUTION (<i>b complex-c-iron</i>)	Nivel 1	OTC
<i>b complex 100 tr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>b complex formula 1 (wl fa) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b complex plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b complex-biotin-fa oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b complex-c oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b complex-c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b complex-vitamin c oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>b-100 b-complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-100 complex cr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-50 complex oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>balanced b complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>balanced b-100 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>balanced b-50/fa oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-complex injection injectable</i>	Nivel 2	MB
<i>b-complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bec/zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>benfotiamine multi-b oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>better b complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
BIG 100 (BIOTIN) ORAL TABLET (<i>b complex-biotin-fa</i>)	Nivel 1	OTC
BIG 100 ORAL TABLET (<i>b complex-folic acid</i>)	Nivel 1	OTC
<i>complex b-100 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>complex b-50 prolonged release oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs stress formula/zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ELDERTONIC ORAL LIQUID (<i>b complex-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ENDUR-B ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>b complex-biotin-fa</i>)	Nivel 1	OTC
<i>eql stress b-complex c/zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp b-50 complex oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp b-complex plus vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hm b complex/c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nephro vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>px b complex/vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc b50 prolonged release oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc b-complex/vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>quin b strong b-25 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra balanced b-100 cr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra balanced b-50 tr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
RENAL MULTIVITAMIN FORMULA ORAL TABLET (b complex-c-folic acid)	Nivel 1	OTC
<i>rena-vite rx oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>reno caps oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>senior tonic oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress blzinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress b-complex/vit clzinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress formulazinc (b-compl) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress plus zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super b/c oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super b-100 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>super b-50 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super b-complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
SUPER DEC B-100 ORAL TABLET (b complex-biotin-fa)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitamin b complex-c oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>yl balanced b-100 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>zinc-vites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINAS MÚLTIPLES CON CALCIO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>eql one daily womens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>essential one daily multivit oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp one daily womens health oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-day/calcium/extra iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>signacal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINAS MÚLTIPLES CON HIERRO - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>daily multiple vitamins/iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vitamin formula+iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily-vitamin/iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-day plus iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>multiple vitaminsliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin plus iron adult oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-vitaminliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily multivitaminliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one-daily multi-vitaminliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one-dailyliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc daily multivitaminsliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm multiple vitaminsliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress b complexliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tab-a-viteliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z advanced adult oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z select oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>abc plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+ ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ABC PLUS SENIOR ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>advanced eye health oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
AMORYN MOOD BOOSTER ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>anti-oxidant formula oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>antioxidant formula/minerals oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>antioxidant oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>antioxidant protection formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>antioxidant vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIOXIN 4000 ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>centravites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>century mature oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>century oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>certa plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>companion oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
COMPETE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>complete daily/lutein oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>complete energy oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>complete pms support complex oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>complete womens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>coral calcium plus oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs daily multiple for men oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs daily multiple women 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs one daily essential oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs one daily mens formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs one daily womens formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs spectravite advanced oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs spectravite men 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs spectravite men oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs spectravite senior oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs spectravite ultra mens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs spectravite women 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs spectravite women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs spectravite womens senior oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs womens active daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily betic oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily combo multi vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily mens health formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>daily multi 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily multi oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily multiple vitamins/min oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vitamin formula+minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily vitamin plus oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily womens health formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>daily-vitamin maximum formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
DOCTORS CHOICE MEN ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq vision formula 50+ oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eql century mature men 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eql century mature oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eql century mature women 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eql century oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eql one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eql one daily mens health oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eql one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ESSENTIA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>essential balance oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
EYE VITAMINS ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eyeprotect oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
EYE-VITES ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gerivite complete oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>glucoten oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp century adults 50+ senior oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp century mature women's 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp century oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp century ultimate mens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp century ultimate womens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp healthy eyes supervision oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp one daily mensllycopene oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hair formula extra strength oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hair skin and nails formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hair skin nails oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hair vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hair/skin/nails oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hi-kovite 2-part formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hi-potency multi-vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hm complete women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ICAPS MV ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ICAPS ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
KP VISION FORMULA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MACUVITE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>magnum-75 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>maximum daily green oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mega vm-80 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mega-marathon 100 tr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>meijer advanced formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>mens daily formulallycopene oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MENS HAIR FORMULA ULTRA MAN ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MENS LIFE PACK ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MILLTRIUM ADVANCED FORMULA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MILLTRIUM CARDIO ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MILLTRIUM SENIOR ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MULTI COMPLETE ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi completeliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi for her oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi for her oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MULTI FOR HIM ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MULTI FOR HIM ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-day plus minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MULTI-DAY WEIGHT TRIM ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
MULTI-LEAN ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multiple vitamins/womens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-vitamin menopausal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamin women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>multivitamins/minerals adult oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>myamulti oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ocutabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
OCUVITE EYE HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily 50 plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily adults 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily complete for men oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily complete oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>one daily for women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily healthy weight oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily maximum oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily mens 50+lycopene oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily mens health oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily mens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily multivitamin-free oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily multivitamin men oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily multivitamin women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily multivit-min adult oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ONE DAILY PLUS IRON ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily plus minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>optic-vites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>optic-vites with lutein oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>optimum pms oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
OSTEOPRIME ULTRA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
PROSIGHT ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px advanced formula multivits oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px complete senior multivits oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px mens multivitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc daily multivitamin/mineral oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc hair skin & nails oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc therin-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra central-vite mens mature oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra one daily mens 50+ wlvit d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra one daily mens multi oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra one daily menslvit d-3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
RENAPLEX ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>senior tabs oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sentry adult oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sentry oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sentry senior oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm complete 50+ oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm complete 50+ ultimate mens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm complete 50+ ultimate women oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm complete advanced formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm complete oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm complete senior formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm daily diet support oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>sm hair/skin/nails oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>stress b-complex/zinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress formula (w/ minerals) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>stress formulazinc oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
SUNVITE ACTIVE ADULT 50+ ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
SUNVITE ADVANCED ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super antioxidants protector oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super aytinal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super multiple oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super multiple oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super natrul-100 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
SUPER NU-THERA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super thera vite m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>super vita-mins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>superior 35 oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>thera vital m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>thera vital-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>therabasic-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THERADEX M ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THERADEX M/BETA CAROTENE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>thera-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THERA-MILL M ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>therapeutic formulahematinics oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>therapeutic m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>therapeutic-mlutein oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>theravim-m oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THRIVE FOR LIFE WOMENS ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>totalday multiple oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ultra antioxidant formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ultra freeda oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ultra freedaliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ultra multi formulaliron oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ULTRA VITA-TIME ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ultra-mega oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vision formula 2 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vision formula eye health oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vision plus oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vision vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>visivites oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>visivites/lutein oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vita hair oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vita-min oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITATRUM COMPLETE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITEYES COMPLETE ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITRUM SENIOR ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>womens daily form/falcalfe oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>womens daily formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
WOMENS LIFE PACK ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>womens multi oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>womens multivitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>womens one daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
YOUR LIFE MULTI MENS 50+ ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
YOUR LIFE MULTI WOMENS 50+ ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y CALCIO-ÁCIDO FÓLICO - DRUGS FOR NUTRITION		
FOLGARD OS ORAL TABLET (<i>multiple vit-min-calcium-fa</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAMINAS PEDIÁTRICAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>adclf (0.5mg/ml) oral solution</i>	Nivel 1	
ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>animal chews oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>bite-a-mins oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>bite-a-mins/iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
BOUNTY BEARS/C ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multiple vit-c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	Nivel 1	OTC
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC; QL (50 mL per 45 days)
BPROTECTED PEDIA TRI-VITE ORAL SOLUTION (<i>pediatric vitamins adc</i>)	Nivel 1	OTC
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens multivitamin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens multivitamin/iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>childrens vitamins/iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>complete multi-vitamin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs childrens complete oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs gummy dinos oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
DINO-LIFE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multiple vit-c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
DINO-LIFE W/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multi vit-extra c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
<i>disney cars gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>disney princess gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq multivitamins gummy child oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq1 child multivit/minerals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq1 gummies childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multiple vit-c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multiple vit-c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC
FLINTSTONES/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multi vit-extra c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multiple vit-c-fa</i>)	Nivel 1	OTC
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multiple vit-minerals-fl</i>)	Nivel 2	
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>fruity chews/iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multiple vit-c-fa</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp childrens chewables/lex c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp childrens chewables/iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
HEALTHY KIDS OVERALL HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	Nivel 2	MB
LAND BEFORE TIME MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC
<i>little animals oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>little animals plus iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution</i>	Nivel 2	
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	Nivel 1	
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	Nivel 1	
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.5 mg/ml</i>	Nivel 2	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>multivitamin/fluoride/iron oral solution</i>	Nivel 2	
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution</i>	Nivel 1	
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (50 mL per 45 days)
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>pc pediatric tri-vitamin drops oral solution</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	Nivel 2	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	Nivel 2	
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	Nivel 1	OTC
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC; QL (50 mL per 45 days)
<i>poly-vita oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>poly-vitaliron oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (50 mL per 45 days)
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>poly-viteliron oral solution</i>	Nivel 1	OTC; QL (50 mL per 45 days)
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc childrens complete oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc childrens vitamins/liron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	Nivel 2	
QUFLORA GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	Nivel 2	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	Nivel 2	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	Nivel 2	
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SEA BUDDIES DAILY MULTIPLE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm animal shapes complete oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
SMARTY PANTS KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
SPIDER-MAN COMPLETE MULTI-VIT ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
SPONGEBOB SQUAREPANTS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>ped vit a-c-d-methylfolate-fl</i>)	Nivel 2	
<i>tri-vi-floro oral suspension</i>	Nivel 2	
<i>tri-vite pediatric oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>tri-vite fluoride oral solution</i>	Nivel 1	
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-iron</i>)	Nivel 1	OTC
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamins acd-fluoride oral solution</i>	Nivel 1	
<i>zoo friends gummies (w/ min) oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>zoo friends gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>zoo friends gummies plus d oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivit-minerals-c</i>)	Nivel 1	OTC
<i>zoo friends oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>zoo friends plus extra c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>zoo friends plus iron oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multi vit-extra c-fa</i>)	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAMINAS PRENATALES - DRUGS FOR NUTRITION		
ALIVE PRENATAL ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal mv & min w/la-dha</i>)	Nivel 1	OTC
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)
ATABEX ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal w/o a vit-fe cbn-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>azesco oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
BRAINSTRONG PRENATAL ORAL (<i>prenatal mv-min-fe cbn-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 units per 1 day)
<i>cadeau dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
CENTRUM SPECIALIST PRENATAL ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL 90 DHA ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (<i>prenat w/o a fecbnfeglu-fa & b6</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CITRANATAL BLOOM DHA ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	Nivel 2	
CITRANATAL BLOOM ORAL TABLET (<i>prenatal-dss-fecb-fegl-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CITRANATAL DHA ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
CITRANATAL ESSENCE ORAL THERAPY PACK (<i>prenat w/o a-fecbgl-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
CITRANATAL RX ORAL TABLET (<i>prenat w/o a-fecb-fegl-dss-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>classic prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
CLINICAL NUTRIENTS PRENATAL ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe succinate-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet 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	
<i>completenate oral tablet chewable</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CO-NATAL FA ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>cvs prenatal gummy oral tablet chewable 0.4 mg, 0.4-25 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs prenatal gummy oral tablet chewable 0.4-113.5 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs prenatal multi+dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>cvs prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>cvs womens prenatal+dha oral</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
DUET DHA 400 ORAL (<i>prenat-fepoly-fered-fa-omega 3</i>)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
DUET DHA BALANCED ORAL (<i>prenat-fepoly-fered-fa-omega 3</i>)	Nivel 2	QL (2 EA per 1 day)
ELITE-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE (<i>prenat vit-fe gly cys-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENFAMIL EXPECTA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>eql prenatal formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (<i>prenat wlo a vit-fefum-fepo-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>gnp prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
GOOD START PRENATAL NOURISH ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal mv & min wifa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
HEALTHY MAMA BE WELL ROUNDED ORAL THERAPY PACK (<i>prenatal-fe bisgly-fa-omega 3</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 pack per 1 day)
INATAL GT ORAL TABLET (<i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>kosher prenatal plus iron oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>kpn prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>m-natal plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>multi prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
NATACHEW ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe fum-fe bisg-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 2	
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat wloa-fefum-methf-omegas</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>neonatal + dha oral</i>	Nivel 2	QL (1 unit per 1 day)
<i>neonatal 19 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>neonatal complete oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>neonatal fe oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS 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**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (<i>prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-methylfol-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (<i>prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a</i>)	Nivel 1	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)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-cbn-feaspgl-fa-fish</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-cbn-feaspgl-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (<i>prenatal-fe-cbn-fe asp gly-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-cbn-feaspgl-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OBSTETRIX DHA ORAL (<i>prenatal-fe-cbn-fa-dss-omega 3</i>)	Nivel 2	
OBSTETRIX EC ORAL TABLET (<i>prenatal vit-dss-fe-cbn-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-methyl-dss-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
OBTREX ORAL TABLET (<i>prenatal vit-dss-fe-cbn-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ONE A DAY PRENATAL ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal mv & min w/fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC
<i>one vite womens oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>one vite womens plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL 1 ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe carbonyl-fa-omega 3</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PERRY PRENATAL ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv tabs 20-1 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv tabs 29-1 oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pnv-dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-dha+docusate oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-omega oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-select oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pregen dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pregenna oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PREMESISRX ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prena 1 true oral</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prena1 oral tablet chewable</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prena1 pearl oral capsule extended release</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenaissance oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenaissance plus oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenara oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatabs fa oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATABS RX ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal (w/iron & fa) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal + complete multi oral therapy pack 0.267 & 373 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>prenatal + complete multi oral therapy pack 18-0.8 & 290 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet 29-1 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prenatal adult gummy/dhalfa oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>prenatal complete oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal formula a-free oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal formula oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pre-natal formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal forte oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal gummies/dha & fa oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal multi +dha oral capsule 27-0.8-200 mg, 27-0.8-250 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatal multi +dha oral capsule 27-0.8-228 mg</i>	Nivel 1	OTC
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>prenatal multivitamin plus dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatal one daily oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal plus iron oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatal vitamin/min +dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>prenatal vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatalliron oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>prenatallomega-3faliron oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatal+dha oral</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets 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)
PRENATE AM ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (<i>prenatal-feaspgly-methylfol-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenat mv-min-methylfolate-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatvite complete oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatvite plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>prenatvite rx oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>preplus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pretab oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRIMACARE ORAL CAPSULE (<i>pren-fe-meth-fa-omeg w/o a</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>px prenatal multivitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra prenatal formula oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra prenatal oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>relnate dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe psac cmplx-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 EA 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)
SIMILAC PRENATAL EARLY SHIELD ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sm one daily prenatal oral</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sm prenatal vitamins oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
STUART ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal mv-min-fe cbn-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
TARON-PREX ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-dss-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
THERANATAL COMPLETE ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	Nivel 1	OTC; QL (3 units per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THERANATAL CORE NUTRITION ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
THERANATAL ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal-fefum-fa-dha w/o a</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
THERANATAL OVAVITE ORAL THERAPY PACK (<i>prenat fefum-fa & coenzyme q10</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets 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)
TRICARE PRENATAL DHA ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal-fefum-fa-dss-fish oil</i>)	Nivel 2	
<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 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>trinaz oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tristart dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
TRISTART FREE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fecbn-meth-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
TRISTART ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fecbn-meth-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ultra prenatal + dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
UPSPRING PRENATAL COMPLETE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe bisg-l-meth-fish oil</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
VINATE CARE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule 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)
<i>virt-c dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>virt-nate dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>virt-pn dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>virt-pn plus oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL STRIPS ORAL FILM (<i>prenatal-b6-b12-d3-folic acid</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-NANO ORAL TABLET (<i>prenatal-fe fum-methf-fa w/o a</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD REDICHEW RX ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenat-b2-b6-b12-d3-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
VITATRUE ORAL (<i>prenat-fechel-fa-dha w/o vit a</i>)	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>vp-pnv-dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
<i>westab plus oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>westgel dha oral capsule</i>	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
YOUR LIFE MULTI PRENATAL ORAL CAPSULE (<i>prenat vit-fe fum-fa-fish oil</i>)	Nivel 1	OTC; QL (1 capsule per 1 day)
<i>zalvit oral tablet</i>	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methf-fa-omega</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
NUTRIENTES - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOÁCIDOS SIMPLES - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>arginine hcl injection solution</i>	Nivel 2	
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cysteine hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>glutathione injection solution</i>	Nivel 2	
<i>glutathione intravenous solution</i>	Nivel 2	
<i>glycine injection solution</i>	Nivel 2	
<i>lysine hcl injection solution</i>	Nivel 2	
<i>taurine injection solution</i>	Nivel 2	
CARBOHIDRATOS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
GOOD START 5% GLUCOSE WATER ORAL SOLUTION (<i>glucose</i>)	Nivel 1	OTC
SIMILAC GLUCOSE WATER ORAL SOLUTION (<i>glucose</i>)	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE LIPOTRÓPICOS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>gram-o-leci oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>lipo intramuscular solution</i>	Nivel 2	
<i>lipo-c intramuscular solution</i>	Nivel 2	
<i>sm soya lecithin oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
COMBINACIONES DE PROTEÍNAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>tri-amino injection solution</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINACIONES DE SUSTANCIAS NUTRICIONALES VARIAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>kelp-b6-lecithin-vinegar oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
LÍPIDOS - DRUGS FOR NUTRITION		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emuls plant base(soy/oliv)</i>)	Nivel 2	MB
DOJOLVI ORAL LIQUID (<i>triheptanoïn</i>)	Nivel 2	PA; SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	Nivel 2	MB
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	Nivel 2	MB
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>fish oil triglyceride based</i>)	Nivel 2	MB
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emul fish oilplant based</i>)	Nivel 2	MB
MEZCLAS DE AMINOÁCIDOS - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOPROTECT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
<i>amino acid infusion</i> (Aminosyn li Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d5w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d10w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d5w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d15w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino ac elect-calc in d20w</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clinimix eldextrose (8/10) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>clinimix eldextrose (8/14) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d10w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d5w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d15w</i>)	Nivel 2	MB
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d20w</i>)	Nivel 2	MB
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>amino acid infusion</i> (Clinisol Sf Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
<i>amino acid infusion</i> (Plenaminate Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid electrolyte infusion</i>)	Nivel 2	MB
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	Nivel 2	MB
PROTEÍNA-CARBOHIDRATO-LÍPIDO CON COMBINACIONES DE ELECTROLITOS - DRUGS FOR NUTRITION		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino acid-lipid-electrolyt</i>)	Nivel 2	MB
SUSTANCIAS NUTRICIONALES VARIAS - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>algal omega-3 dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>atabex dha 200 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>dha complete oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>dha natural omega-3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>prenatal dha oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
OXITÓCICOS - HORMONES		
ABORTIFACIENTES/MADURACIÓN CERVICAL - PROSTAGLANDINAS - DRUGS FOR WOMEN		
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution</i>	Nivel 2	MB
CERVIDIL VAGINAL INSERT (<i>dinoprostone</i>)	Nivel 2	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>carboprost tromethamine</i>)	Nivel 2	MB
PREPIDIL VAGINAL GEL (<i>dinoprostone</i>)	Nivel 2	
OXITÓCICOS - DRUGS FOR WOMEN		
<i>methylergonovine maleate</i> (Methergine Oral Tablet)	Nivel 1	
<i>methylergonovine maleate injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>oxytocin injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>oxytocin-lactated ringers intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>oxytocin-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
PITOCIN INJECTION SOLUTION (<i>oxytocin</i>)	Nivel 2	MB
PENICILINAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
AMINOPENICILINAS - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted</i>	Nivel 1	QL (500 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>amoxicillin oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE PENICILINA - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	QL (40 tablets per 30 days)
<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	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	Nivel 2	
AUGMENTIN ORAL TABLET (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	Nivel 2	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	Nivel 2	MB
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	Nivel 2	MB
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	Nivel 2	MB
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	Nivel 2	MB
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>piperacillin-tazobactam in dex</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENICILINAS NATURALES - ANTIBIOTICS		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML (<i>penicillin g benzathine</i>)	Nivel 1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 600000 UNIT/ML (<i>penicillin g benzathine</i>)	Nivel 2	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension</i>	Nivel 2	MB
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	Nivel 1	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>penicillin g potassium</i>)	Nivel 2	MB
PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA - ANTIBIOTICS		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>naftillin sodium in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>oxacillin sodium in dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS - BIOLOGICAL AGENTS		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS - BIOLOGICAL AGENTS		
<i>alder subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aspergillus fumigatus injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>bald cypress subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>candida albicans extract injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>curvularia subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>timothy grass pollen allergen subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>white faced hornet venom subcutaneous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
EXTRACTOS ALERGÉNICOS MIXTOS - BIOLOGICAL AGENTS		
<i>dust mite mixed allergen ext subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO		
*DIAGNOSTIC INFECTION TEST COMBINATIONS***		
SOFIA2 FLU+SARS ANTIGEN FIA IN VITRO KIT (<i>influenza-sars antigen test</i>)	Nivel 2	MB
ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO		
12-PANEL POC TOXICOLOGY SYSTEM IN VITRO KIT (<i>drug assay (urine)</i>)	Nivel 2	
D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Nivel 2	PA; QL (50 strips per 30 days)
DX1 ORAGENOMIC DNA SCREEN COMBINATION KIT (<i>dna collection product</i>)	Nivel 2	
DX2 ORAGENOMIC DNA SCREEN COMBINATION KIT (<i>dna collection product</i>)	Nivel 2	
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Nivel 1	OTC; QL (50 strips per 30 days)
<i>home pap kit in vitro kit</i>	Nivel 2	
<i>medicated dna collection 2 combination kit</i>	Nivel 2	
<i>medicated dna collection combination kit</i>	Nivel 2	
<i>ph strips in vitro diagnostic test</i>	Nivel 2	
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST (<i>glucose blood</i>)	Nivel 2	PA; MB
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Nivel 1	OTC; QL (50 strips per 30 days)
TOXICOLOGY MED COLLECTION SYS IN VITRO KIT (<i>drug assay (urine)</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	Nivel 1	OTC; QL (50 strips per 30 days)
ANÁLISIS DE INFECCIONES		
AZO TEST IN VITRO STRIP (<i>urinary tract infection test</i>)	Nivel 1	OTC
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV-2 IN VITRO KIT (<i>covid-19 antigen test</i>)	Nivel 2	MB
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT (<i>covid-19 at home test</i>)	Nivel 2	MB
ECOTEST COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT (<i>covid-19 antibody test</i>)	Nivel 2	MB
FASTEP COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT (<i>covid-19 antibody test</i>)	Nivel 2	MB
LUCIRA COVID-19 ALL-IN-ONE IN VITRO KIT (<i>covid-19 at home test</i>)	Nivel 2	MB
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST IN VITRO KIT (<i>covid-19 antigen test</i>)	Nivel 2	MB
SOFIA SARS ANTIGEN FIA IN VITRO KIT (<i>covid-19 antigen test</i>)	Nivel 2	MB
XPRT XPRESS SARS-COV-2 IN VITRO KIT (<i>covid-19 test</i>)	Nivel 2	MB
ANÁLISIS MÚLTIPLES DE LA PIEL		
T.R.U.E. TEST EXTERNAL DIAGNOSTIC TEST (<i>dermatitis antigens</i>)	Nivel 2	
ANÁLISIS MÚLTIPLES DE ORINA		
CHEMSTRIP UGK IN VITRO STRIP (<i>urine glucose-ketones test</i>)	Nivel 1	OTC
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP (<i>urine glucose-ketones test</i>)	Nivel 1	OTC
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP (<i>urine glucose-ketones test</i>)	Nivel 1	OTC
MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO		
<i>adenosine (diagnostic) intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>adenosine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARIDOL INHALATION KIT (<i>mannitol</i>)	Nivel 2	
CHIRHOSTIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>secretin acetate (human)</i>)	Nivel 2	MB
CORTROSYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cosyntropin</i>)	Nivel 2	MB; QL (1 injection per 1 year)
<i>cosyntropin injection solution reconstituted</i>	Nivel 1	MB; QL (1 injection per 1 year)
CYSVIEW INTRAVESICAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hexaminolevulinate hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>dipyridamole intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
GLEOLAN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	Nivel 2	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>glucagon hcl rdna (diagnostic)</i>)	Nivel 1	
<i>glucagon hcl (diagnostic) injection solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
HISTATROL INJECTION SOLUTION (<i>histamine phosphate</i>)	Nivel 2	MB
HISTATROL INTRADERMAL SOLUTION (<i>histamine phosphate</i>)	Nivel 2	MB
IC GREEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>indocyanine green</i>)	Nivel 2	MB
<i>indocyanine green intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
<i>isosulfan blue subcutaneous solution</i>	Nivel 2	MB
KINEVAC INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sincalide</i>)	Nivel 2	MB
LEXISCAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>regadenoson</i>)	Nivel 2	MB
MACRILEN ORAL PACKET (<i>macimorelin acetate</i>)	Nivel 2	
METOPIRONE ORAL CAPSULE (<i>metyrapone</i>)	Nivel 2	
PRE-PEN INTRADERMAL SOLUTION (<i>benzylpenicilloyl polylysine</i>)	Nivel 2	MB
PROVOCHOLINE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methacholine chloride</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
R-GENE 10 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>arginine hcl (diagnostic)</i>)	Nivel 2	MB
SECREFLO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>secretin acetate</i>)	Nivel 2	
THYROGEN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thyrotropin alfa</i>)	Nivel 2	MB
MEDIOS DE CONTRASTE RADIOGRÁFICOS - BARIO		
<i>barium sulfate powder</i>	Nivel 2	
E-Z-HD ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 2	
LIQUID E-Z-PAQUE ORAL SUSPENSION (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 2	
NEULUMEX ORAL SUSPENSION (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 2	
READI-CAT 2 ORAL SUSPENSION (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 2	
TAGITOL V ORAL SUSPENSION (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 2	
VARIBAR NECTAR ORAL SUSPENSION (<i>barium sulfate</i>)	Nivel 2	
MEDIOS DE CONTRASTE RADIOGRÁFICOS - YODADOS		
CONRAY INJECTION SOLUTION (<i>iothalamate meglumine</i>)	Nivel 2	MB
CYSTO-CONRAY II URETHRAL SOLUTION (<i>iothalamate meglumine</i>)	Nivel 2	
CYSTOGRAFIN URETHRAL SOLUTION (<i>diatrizoate meglumine</i>)	Nivel 2	
CYSTOGRAFIN-DILUTE URETHRAL SOLUTION (<i>diatrizoate meglumine</i>)	Nivel 2	
GASTROGRAFIN ORAL SOLUTION (<i>diatrizoate meglumine & sodium</i>)	Nivel 2	
ISOVUE-200 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iopamidol</i>)	Nivel 2	MB
ISOVUE-250 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iopamidol</i>)	Nivel 2	MB
ISOVUE-300 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iopamidol</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ISOVUE-370 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iopamidol</i>)	Nivel 2	MB
ISOVUE-M 200 INJECTION SOLUTION (<i>iopamidol</i>)	Nivel 2	MB
ISOVUE-M 300 INJECTION SOLUTION (<i>iopamidol</i>)	Nivel 2	MB
LIPIODOL INJECTION OIL (<i>ethiodized oil</i>)	Nivel 2	MB
OMNIPAQUE COMBINATION SOLUTION (<i>iohexol</i>)	Nivel 2	
OMNIPAQUE INJECTION SOLUTION (<i>iohexol</i>)	Nivel 2	MB
OMNIPAQUE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iohexol</i>)	Nivel 2	MB
OMNIPAQUE ORAL SOLUTION (<i>iohexol</i>)	Nivel 2	
ULTRAVIST INJECTION SOLUTION (<i>iopromide</i>)	Nivel 2	MB
VISIPAQUE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iodixanol</i>)	Nivel 2	MB
MEDIOS DE CONTRASTE VARIOS		
<i>gadoterate meglumine</i> (Clariscan Intravenous Solution)	Nivel 2	MB
<i>gadoterate meglumine</i> (Clariscan Intravenous Solution Prefilled Syringe)	Nivel 2	MB
DEFINITY INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>perflutren lipid microsphere</i>)	Nivel 2	MB
DOTAREM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gadoterate meglumine</i>)	Nivel 2	MB
DOTAREM INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>gadoterate meglumine</i>)	Nivel 2	MB
EOVIST INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gadoxetate disodium</i>)	Nivel 2	MB
EXEM INTRAUTERINE FOAM (<i>air polymer-type a</i>)	Nivel 2	
GADAVIST INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gadobutrol</i>)	Nivel 2	MB
LUMASON INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>sulfur hexafluoride microsph</i>)	Nivel 2	MB
MULTIHANCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gadobenate dimeglumine</i>)	Nivel 2	MB
OMNISCAN INJECTION INJECTABLE (<i>gadodiamide</i>)	Nivel 2	MB
OMNISCAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gadodiamide</i>)	Nivel 2	MB
OPTISON INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>perflutren protein a microsph</i>)	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROHANCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gadoteridol</i>)	Nivel 2	MB
PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO		
<i>almond (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
APLISOL INTRADERMAL SOLUTION (<i>tuberculin ppd</i>)	Nivel 2	MB
<i>apple (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aspergillus fumigatus intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>aureobasidium pullulans intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>avocado (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>banana (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>beef (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>botrytis cinerea intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>candida albicans skn tst antgn injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>candida albicans skn tst antgn intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
CANDIN INTRADERMAL SOLUTION (<i>candida albicans skn tst antgn</i>)	Nivel 2	MB
<i>cantaloupe (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>casein (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>chicken meat (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>cocoa bean (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>crab (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>egg white (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>mosquito (diagnostic) intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>oat grain (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>orange (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>peanut (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>pecan nut (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>penicillium notatum intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>pistachio nut (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>pork (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>rice (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>saccharomyces cerevisiae intradermal solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sesame seed (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>shrimp (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>soybean (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
SPHERUSOL INTRADERMAL SOLUTION (<i>coccidioides immitis</i>)	Nivel 2	MB
<i>strawberry (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>sweet corn (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>tomato (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	
<i>trichophyton mentag (diagnost) subcutaneous solution</i>	Nivel 2	
TUBERSOL INTRADERMAL SOLUTION (<i>tuberculin ppd</i>)	Nivel 2	MB
<i>whole egg (diagnostic) injection solution</i>	Nivel 2	MB
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - RADIOMARCAJE DE CÉLULAS INMUNOLÓGICAS		
CERETEC INTRAVENOUS KIT (<i>technetium tc 99m exametazime</i>)	Nivel 2	MB
<i>indium in 111 oxyquinoline intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO		
ADREVIEW INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ioberguane sulfate i 123</i>)	Nivel 2	MB
<i>ammonia n 13 intravenous solution</i>	Nivel 2	
AMYVID INTRAVENOUS SOLUTION (<i>florbetapir f 18</i>)	Nivel 2	MB
AXUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fluciclovine f 18</i>)	Nivel 2	MB
CERIANNA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fluoroestradiol f 18</i>)	Nivel 2	MB
CHOLETEC INTRAVENOUS KIT (<i>technetium tc 99m mebrofenin</i>)	Nivel 2	MB
DATSCAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ioflupane i 123</i>)	Nivel 2	MB
DETECTNET INTRAVENOUS SOLUTION (<i>copper cu 64 dotatate</i>)	Nivel 2	MB
<i>dmsa intravenous kit</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOTATOC GA 68 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>gallium ga 68 dotatoc</i>)	Nivel 2	MB
<i>fludeoxyglucose f 18 intravenous solution 20-300 mc/ml</i>	Nivel 2	
<i>fludeoxyglucose f 18 intravenous solution 20-500 mc/ml</i>	Nivel 2	MB
<i>gallium citrate ga 67 intravenous solution</i>	Nivel 2	
<i>gallium ga 68 psma-11 intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>indium in 111 dtpa intrathecal solution</i>	Nivel 2	MB
LEU TECHNELITE COMBINATION KIT (<i>technet tc 99m pertechnetate</i>)	Nivel 2	
MYOVIEV 30ML INTRAVENOUS KIT (<i>technetium tc 99m tetrofosmin</i>)	Nivel 2	MB
NETSPOT INTRAVENOUS KIT (<i>gallium ga 68 dotatate</i>)	Nivel 2	MB
NEURACEQ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>florbetaben f 18</i>)	Nivel 2	MB
PYLARIFY INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>piflufolastat f 18</i>)	Nivel 2	MB
<i>sodium iodide i-123 oral capsule</i>	Nivel 2	
TECHNELITE COMBINATION KIT (<i>technet tc 99m pertechnetate</i>)	Nivel 2	
<i>technet tc 99m sulfur colloid combination kit</i>	Nivel 2	
<i>technetium tc 99m mebrofenin intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
<i>technetium tc 99m medronate intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
<i>technetium tc 99m pyrophos intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
<i>technetium tc 99m sestamibi intravenous kit</i>	Nivel 2	MB
<i>thallous chloride tl 201 intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
VIZAMYL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>flutemetamol f 18</i>)	Nivel 2	MB
<i>volumex intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	
<i>xenon xe 133 inhalation gas</i>	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION		
COMBINACIONES DE PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION		
LIMBREL250 ORAL CAPSULE (<i>flavocoxid-cit zn bisglcinate</i>)	Nivel 2	
LIMBREL500 ORAL CAPSULE (<i>flavocoxid-cit zn bisglcinate</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO - DRUGS FOR NUTRITION		
AVAILNEX ORAL TABLET CHEWABLE (<i>carbocysteine</i>)	Nivel 2	
ENTERAGAM ORAL PACKET (<i>sbilprotein isolate</i>)	Nivel 2	
LIMBREL ORAL CAPSULE (<i>flavocoxid</i>)	Nivel 2	
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOPMRMS ORAL CAPSULE (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
<i>nutritional supplements</i> (Asilnasalrms Oral Capsule)	Nivel 2	
CAMINO PRO COMPLETE/GLYTACTIN ORAL BAR (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN BETTERMILK DE-LITE ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN BUILD 10PE ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN BUILD 20/20 PKU ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN COMPLETE 10PE ORAL BAR (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN RESTORE 5 ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN RESTORE LITE 10PE ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLYTACTIN RTD LITE 15 ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
GLYTACTIN SWIRL 15PE ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
HCU EASY ORAL TABLET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
HOMACTIN AA PLUS ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
HOMACTIN AA PLUS ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
KATE FARMS PEPTIDE 1.5 ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
KATE FARMS STANDARD 1.4 ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
KETOVIE 4:1 ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
KETOVIE ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
KETOVIE PEPTIDE ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
MSUD EASY ORAL TABLET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
NOURISH ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
PKU EASY MICROTABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	OTC
PKU EASY ORAL TABLET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
PKU GO ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
TYLACTIN BUILD 20PE TYR ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
TYLACTIN RESTORE 10 ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
TYLACTIN RESTORE 5PE ORAL PACKET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
TYLACTIN RTD 15 ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
TYR EASY ORAL TABLET (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VILACTIN AA PLUS ORAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	Nivel 2	
PRODUCTOS DIGESTIVOS - DRUGS FOR THE STOMACH		
ENZIMAS DIGESTIVAS - DRUGS FOR THE STOMACH		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 6000-19000 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Nivel 1	PA; QL (25 capsules per 1 day)
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Nivel 1	PA
<i>cvs dairy relief oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs lactase enzyme ultra str oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>dairy digestive oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>dairy digestive supplement oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>dairy digestive ultra oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>dairy-digestive oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Nivel 2	PA; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Nivel 2	PA; QL (25 capsules per 1 day)
<i>ra dairy relief fast acting oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sb lactase oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
SUCRAID ORAL SOLUTION (<i>sacrosidase</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (4 bottles per 30 days)
<i>surelac oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
VIOKACE ORAL TABLET (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Nivel 2	PA; QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	Nivel 2	PA; QL (25 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>rimegepant sulfate</i>)	Nivel 1	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (<i>atogepant</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (<i>ubrogepant</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 tablets per 30 days)
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG (<i>lasmiditan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 50 MG (<i>lasmiditan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 30 days)
AGONISTA SELECTIVO DE SEROTONINA - COMBINACIONES DE AINE - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
TREXIMET ORAL TABLET (<i>sumatriptan-naproxen sodium</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
AGONISTAS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT(1) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>almotriptan malate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
AMERGE ORAL TABLET (<i>naratriptan hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
FROVA ORAL TABLET (<i>frovatriptan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX NASAL SOLUTION (<i>sumatriptan</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 bottles per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET (<i>sumatriptan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>sumatriptan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 injections per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>sumatriptan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 injections per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET (<i>rizatriptan benzoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>rizatriptan benzoate</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	Nivel 1	QL (9 tablets per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER (<i>sumatriptan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (16 units per 30 days)
RELPAK ORAL TABLET (<i>eletriptan hydrobromide</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution</i>	Nivel 1	PA; QL (6 bottles 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 1	PA; QL (6 injections per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	Nivel 1	PA; QL (6 injections per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector</i>	Nivel 1	PA; QL (6 injections per 30 days)
TOSYMRA NASAL SOLUTION (<i>sumatriptan</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>sumatriptan succinate</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 syringes per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal solution</i>	Nivel 2	PA; QL (6 bottles per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible</i>	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
ZOMIG NASAL SOLUTION (<i>zolmitriptan</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 bottles per 30 days)
ZOMIG ORAL TABLET (<i>zolmitriptan</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 tablets per 30 days)
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML (<i>erenumab-aooe</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 injection per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 units per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 syringes per 90 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 1	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 syringe per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	Nivel 1	PA; QL (1 syringe per 28 days)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eptinezumab-jjmr</i>)	Nivel 2	MB
COMBINACIONES DE ERGOTAMINA - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
CAFERGOT ORAL TABLET (<i>ergotamine-caffeine</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	Nivel 1	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY (<i>ergotamine-caffeine</i>)	Nivel 1	
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - AINE - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
CAMBIA ORAL PACKET (<i>diclofenac potassium(migraine)</i>)	Nivel 2	PA; QL (9 packets per 30 days)
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
D.H.E. 45 INJECTION SOLUTION (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (24 mL per 28 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution</i>	Nivel 2	PA; QL (24 mL per 28 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</i>	Nivel 2	PA; QL (1 kit per 30 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>ergotamine tartrate</i>)	Nivel 2	
MIGRANAL NASAL SOLUTION (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 kit per 30 days)
TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION (<i>dihydroergotamine mesylate hfa</i>)	Nivel 2	PA
PRODUCTOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN		
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN		
PHEXXI VAGINAL GEL (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	Nivel 2	
ANTIINFECIOSOS VAGINALES - DRUGS FOR INFECTIONS		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 2	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (<i>clindamycin phosphate</i>)	Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	Nivel 1	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate (1 dose)</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>metronidazole vaginal gel</i>	Nivel 1	
NUVESSA VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	Nivel 2	
<i>metronidazole</i> (Vandazole Vaginal Gel)	Nivel 1	
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>3 day vaginal vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>clotrimazole 3 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>clotrimazole vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (45 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (45 grams per 30 days)
<i>cvs clotrimazole 3 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs miconazole 1 combo pack vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs miconazole 1 combo-wipes vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 pack per 30 days)
<i>cvs miconazole 3 combo-supp vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs tioconazole 1 vaginal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq miconazole 1 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq miconazole 7 day treatment vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>eq tioconazole 1 vaginal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql miconazole 3 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql tioconazole-1 vaginal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp miconazole 1 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense miconazole 1 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	Nivel 2	
<i>miconazole 1 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>miconazole 3 combo pack app vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 pack per 30 days)
<i>miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 pack per 30 days)
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	Nivel 1	
<i>miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>miconazole 7 vaginal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>miconazole nitrate vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
MONISTAT 1-DAY VAGINAL OINTMENT (<i>tioconazole</i>)	Nivel 1	OTC
<i>px miconazole 3-day combo vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc 3 day vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra clotrimazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (45 grams per 30 days)
<i>ra miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra tioconazole 1 vaginal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC; QL (45 grams per 30 days)
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 pack per 30 days)
<i>sm miconazole 3 vaginal kit</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm miconazole 7 vaginal cream</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm tioconazole-1 vaginal ointment</i>	Nivel 1	OTC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	Nivel 1	QL (90 grams per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<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)
<i>tioconazole-1 vaginal ointment</i>	Nivel 1	OTC
VAGISTAT-3 VAGINAL KIT (<i>miconazole nitrate</i>)	Nivel 1	OTC
ESPERMICIDAS - BIRTH CONTROL PILLS		
TODAY SPONGE VAGINAL (<i>nonoxynol-9</i>)	Nivel 1	OTC
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (<i>nonoxynol-9</i>)	Nivel 1	OTC
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FOAM (<i>nonoxynol-9</i>)	Nivel 1	OTC
ESTRÓGENOS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN		
ESTRACE VAGINAL CREAM (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA
<i>estradiol vaginal cream</i>	Nivel 2	PA
<i>estradiol vaginal tablet</i>	Nivel 1	
ESTRING VAGINAL RING (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA
FEMRING VAGINAL RING (<i>estradiol acetate</i>)	Nivel 2	PA
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (18 units per 30 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA; QL (18 units per 30 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	Nivel 2	PA
VAGIFEM VAGINAL TABLET (<i>estradiol</i>)	Nivel 2	PA
<i>estradiol</i> (Yuvafem Vaginal Tablet)	Nivel 1	
PRODUCTOS VAGINALES VARIOS - DRUGS FOR WOMEN		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (<i>prasterone</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 insert per 1 day)
PROGESTINAS VAGINALES - DRUGS FOR WOMEN		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (<i>progesterone</i>)	Nivel 2	PA; SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (<i>progesterone</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (1 applicator per 1 day)
PROGESTINAS - HORMONES		
PROGESTINAS - DRUGS FOR WOMEN		
AYGESTIN ORAL TABLET (<i>norethindrone acetate</i>)	Nivel 2	
<i>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil</i>	Nivel 1	SP; QL (25 ML per 132 days)
MAKENA INTRAMUSCULAR OIL (<i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (25 ML per 132 days)
MAKENA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	Nivel 1	PA; SP; QL (4 auto-injectors per 28 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	QL (1 tablet per 1 day)
<i>megestrol acetate oral suspension</i>	Nivel 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>progesterone intramuscular oil</i>	Nivel 2	MB
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG (<i>progesterone</i>)	Nivel 2	QL (2 capsules per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 200 MG (<i>progesterone</i>)	Nivel 2	QL (1 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	Nivel 2	QL (1 tablet per 1 day)
QUÍMICOS		
SOLVENTES		
<i>alcoholado eucaliptino solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs ethyl alcohol solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs rubbing alcohol solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp ethyl rubbing alcohol solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp isopropyl al/wintergreen solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp isopropyl rubbing alcohol solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>goodsense isopropyl alcohol solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>hm ethyl rubbing alcohol solution</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>isopropyl alcohol, rubbing solution</i>	Nivel 1	OTC
SULFONAMIDAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
SULFONAMIDAS - ANTIBIOTICS		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	Nivel 1	
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTILOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	Nivel 2	PA; SP; DO; QL (2 tablets per 1 day)
*MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>setmelanotide acetate</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (9 vials per 30 days)
*STIMULANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
AZSTARYS ORAL CAPSULE (<i>serdexmethylphen-dexmethylphen</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AGENTE PARA EL TDAH - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (2 capsules per 1 day)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 capsule per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>viloxazine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (2 tablets per 1 day)
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (<i>viloxazine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG (<i>atomoxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (2 capsules per 1 day)
STRATTERA ORAL CAPSULE 100 MG, 60 MG, 80 MG (<i>atomoxetine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
AGENTE PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) - AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	Nivel 1	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 4 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1 MG, 2 MG (<i>guanfacine hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG, 4 MG (<i>guanfacine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
KAPVAY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>clonidine hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANALÉPTICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
CAFCIT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>caffeine citrate</i>)	Nivel 2	MB
<i>caffeine citrate intravenous solution</i>	Nivel 1	MB
<i>caffeine citrate oral solution</i>	Nivel 1	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxapram hcl</i>)	Nivel 2	MB
ANFETAMINAS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (<i>amphetamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
DESOXYN ORAL TABLET (<i>methamphetamine hcl</i>)	Nivel 2	PA
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	Nivel 2	PA
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DYANA VEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>amphetamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (8 mL per 1 day)
EVEKEO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>amphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 10 MG (<i>amphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 5 MG (<i>amphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methamphetamine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Procentra Oral Solution)	Nivel 2	PA
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	PA
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 10 Mg)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 15 Mg)	Nivel 2	PA; QL (3 tablets per 1 day)
ZENZEDI ORAL TABLET 2.5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 20 Mg, 30 Mg)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi Oral Tablet 5 Mg)	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
ZENZEDI ORAL TABLET 7.5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ADIPEX-P ORAL CAPSULE (<i>phentermine hcl</i>)	Nivel 2	PA
ADIPEX-P ORAL TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	Nivel 2	PA
<i>benzphetamine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA
<i>diethylpropion hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA
LOMAIRA ORAL TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	Nivel 2	PA
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet</i>	Nivel 2	PA
<i>phentermine hcl oral capsule</i>	Nivel 2	PA
<i>phentermine hcl oral tablet</i>	Nivel 2	PA
ANTILOBÉSICOS - AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide -weight management</i>)	Nivel 2	PA
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>semaglutide-weight management</i>)	Nivel 2	PA
COMBINACIONES DE AGENTES ANTILOBÉSICOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>naltrexone-bupropion hcl</i>)	Nivel 2	PA
COMBINACIONES DE ANOREXÍGENOS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>phentermine-topiramate</i>)	Nivel 2	PA
ESTIMULANTES VARIOS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADHANSIA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<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)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 54 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 tablets per 30 days)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (<i>methylphenidate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 10 MG/9HR, 15 MG/9HR (<i>methylphenidate</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 patch per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 20 MG/9HR, 30 MG/9HR (<i>methylphenidate</i>)	Nivel 2	PA
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 5 mg</i>	Nivel 1	PA; DO; AL; QL (2 tablets per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 60 MG, 80 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
METHYLIN ORAL SOLUTION (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 capsules per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (2 capsules per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 18 mg, 27 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 36 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour 54 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (30 tablets per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 36 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 54 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (30 tablets per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 72 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution</i>	Nivel 1	AL
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	Nivel 1	AL
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg, 5 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>armodafinil</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (<i>armodafinil</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG (<i>modafinil</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG (<i>modafinil</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 20 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (12 mL per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 20 MG (<i>methylphenidate hcl</i>)	Nivel 2	PA
INHIBIDORES DE LA LIPASA - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
XENICAL ORAL CAPSULE (<i>orlistat</i>)	Nivel 2	PA; QL (3 capsules per 1 day)
MEZCLAS DE ANFETAMINAS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADDERALL ORAL TABLET 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (3 tablets per 1 day)
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	Nivel 2	PA
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 5 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	Nivel 2	PA; DO; QL (1 capsule per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 capsules per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 25 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	AL; QL (30 capsules per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	Nivel 1	DO; AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	Nivel 1	AL
MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
TETRACICLINAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*GLYCYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tigecycline</i>)	Nivel 2	MB
AMINOMETICICLINAS - ANTIBIOTICS		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 2	MB
NUZYRA ORAL TABLET (<i>omadacycline tosylate</i>)	Nivel 2	PA; QL (30 tablets per 30 days)
FLUOROCICLINAS - ANTIBIOTICS		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>eravacycline dihydrochloride</i>)	Nivel 2	MB
TETRACICLINAS - ANTIBIOTICS		
ACTICLATE ORAL TABLET 150 MG (<i>doxycycline hyclate</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ACTICLATE ORAL TABLET 75 MG (<i>doxycycline hyclate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>minocycline hcl</i> (Coremino Oral Tablet Extended Release 24 Hour)	Nivel 2	PA
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>doxycycline hyclate</i>)	Nivel 2	PA
DORYX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>doxycycline hyclate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate</i> (Doxy 100 Intravenous Solution Reconstituted)	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</i>	Nivel 2	MB; QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	Nivel 2	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</i>	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	Nivel 1	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	Nivel 1	QL (1 capsule per 1 day)
<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 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxycycline hyclate</i> (Lymepak Oral Tablet)	Nivel 2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 2	MB
<i>minocycline hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA
<i>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	Nivel 2	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>minocycline hcl oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>minocycline hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
MINOLIRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 2	PA
<i>doxycycline monohydrate</i> (Mondoxyne NI Oral Capsule)	Nivel 1	PA; QL (2 capsules per 1 day)
SEYSARA ORAL TABLET (<i>sarecycline hcl</i>)	Nivel 2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SOLODYN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 2	PA
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	Nivel 2	
VIBRAMYCIN ORAL CAPSULE (<i>doxycycline hyclate</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
VIBRAMYCIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>doxycycline monohydrate</i>)	Nivel 2	PA; QL (600 mL per 30 days)
VIBRAMYCIN ORAL SYRUP (<i>doxycycline calcium</i>)	Nivel 2	PA
XIMINO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>minocycline hcl</i>)	Nivel 2	PA
TOXOIDES - BIOLOGICAL AGENTS		
COMBINACIONES DE TOXOIDES - VACCINES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	Nivel 1	AL
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	Nivel 1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	Nivel 1	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	Nivel 1	AL
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension</i>	Nivel 1	AL
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	Nivel 1	AL
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	Nivel 1	AL

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</i>)	Nivel 1	AL
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dtap-ipv-hib vaccine</i>)	Nivel 1	AL
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	Nivel 1	AL
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	Nivel 1	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	Nivel 1	AL
<i>tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension</i>	Nivel 1	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb</i>)	Nivel 1	AL
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb</i>)	Nivel 1	AL
VACUNAS - BIOLOGICAL AGENTS		
COMBINACIONES DE VACUNAS VIRALES - VACCINES		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	Nivel 1	AL
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles-mumps-rubella-varicell</i>)	Nivel 1	AL
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a-hep b recomb vac</i>)	Nivel 1	
VACUNAS BACTERIANAS - VACCINES		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Nivel 1	PA; AL
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b recomb omv adj</i>)	Nivel 1	AL
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>anthrax vaccine adsorbed</i>)	Nivel 2	MB
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Nivel 1	PA; AL

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal acy&w-135 diphth conj</i>)	Nivel 1	AL
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal acy&w-135 tetanus conj</i>)	Nivel 1	AL
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meningococcal acy&w-135 olig</i>)	Nivel 1	AL
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	Nivel 1	PA; AL
PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE (<i>pneumococcal vac polyvalent</i>)	Nivel 1	AL
PREVNAR 13 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>pneumococcal 13-val conj vacc</i>)	Nivel 1	AL
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 20-val conj vacc</i>)	Nivel 1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b vac (recomb)</i>)	Nivel 1	AL
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	Nivel 2	MB
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>cholera vac live attenuated</i>)	Nivel 2	MB
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 15-val conj vacc</i>)	Nivel 1	
VACUNAS VIRALES - VACCINES		
AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac split quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	Nivel 1	
FLUAD QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac a&b sa adj quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac recomb ha quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac subunit quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac subunit quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
FLUMIST QUADRIVALENT NASAL SUSPENSION (<i>influenza virus vac live quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac high-dose quad</i>)	Nivel 1	QL (0.7 mL per 1 fill)
FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac split quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split quad</i>)	Nivel 1	QL (1 fill per 180 fills)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	Nivel 1	AL
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	Nivel 1	AL
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Nivel 1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Nivel 1	AL
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recomb adj</i>)	Nivel 1	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>rabies virus vaccine, hdc</i>)	Nivel 1	AL
IPOL INJECTION INJECTABLE (<i>poliovirus vaccine inactivated</i>)	Nivel 2	MB
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>japanese encephalitis vac inac</i>)	Nivel 2	
<i>janssen covid-19 vaccine intramuscular suspension</i>	State Carve-out	SCO
<i>moderna covid-19 vaccine intramuscular suspension</i>	State Carve-out	SCO
<i>pfizer covid-19 vac-tris 5-11y intramuscular suspension</i>	State Carve-out	SCO
<i>pfizer-biont covid-19 vac-tris intramuscular suspension</i>	State Carve-out	SCO
<i>pfizer-biontech covid-19 vacc intramuscular suspension</i>	State Carve-out	SCO
RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies vaccine, pcec</i>)	Nivel 1	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	Nivel 1	AL
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rotavirus vaccine live oral</i>)	Nivel 2	MB
ROTATEQ ORAL SOLUTION (<i>rotavirus vac live pentavalent</i>)	Nivel 2	MB
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>zoster vac recomb adjuvanted</i>)	Nivel 1	AL; QL (2 injections per 1 lifetime)
<i>stamaril injection suspension reconstituted</i>	Nivel 2	MB
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tick-borne encephalitis vacc</i>)	Nivel 2	MB
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	Nivel 1	AL
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>varicella virus vaccine live</i>)	Nivel 1	AL

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>yellow fever vaccine</i>)	Nivel 2	MB
VASOPRESORES - DRUGS FOR THE HEART		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.1 MG/0.1ML, 0.15 MG/0.15ML (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 pens per 1 fill)
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.3 MG/0.3ML (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 injections per 1 fill)
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution</i>	Nivel 2	
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	Nivel 1	QL (2 pens per 1 fill)
EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 pens per 1 fill)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>epinephrine</i>)	Nivel 2	PA; QL (2 pens per 1 fill)
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>epinephrine</i>)	Nivel 1	QL (2 boxes per 1 fill)
HIPO TENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (NOH) - AGENTES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>droxidopa oral capsule</i>	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG (<i>droxidopa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (3 capsules per 1 day)
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (<i>droxidopa</i>)	Nivel 2	PA; SP; QL (6 capsules per 1 day)
VASOPRESORES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	Nivel 2	AL; MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	Nivel 2	MB
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	Nivel 2	MB
<i>ephedrine sulfate (pressors) injection solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>ephedrine sulfate intravenous solution 5 mg/ml</i>	Nivel 2	MB
<i>ephedrine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</i>	Nivel 2	AL; MB
<i>ephedrine sulfate-nacl intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine hcl-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine pf injection solution</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine-dextrose intravenous solution prefilled syringe</i>	Nivel 2	MB
<i>epinephrine-nacl intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>angiotensin ii acetate</i>)	Nivel 2	MB
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	Nivel 2	MB
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>norepinephrine (base)-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>norepinephrine bitartrate intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>norepinephrine-dextrose intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>norepinephrine-sodium chloride intravenous solution</i>	Nivel 2	MB
<i>phenylephrine hcl intravenous solution</i>	Nivel 2	AL; MB
<i>phenylephrine hcl-nacl intravenous solution 10-0.9 mg/250ml-%, 20-0.9 mg/250ml-%, 25-0.9 mg/250ml-%, 50-0.9 mg/250ml-%</i>	Nivel 2	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>phenylephrine hcl-nacl intravenous solution 100-0.9 mg/250ml-%, 40-0.9 mg/250ml-%, 80-0.9 mg/250ml-%</i>	Nivel 2	AL; MB
<i>phenylephrine hcl-nacl intravenous solution prefilled syringe 0.4-0.9 mg/10ml-%, 1-0.9 mg/10ml-%, 100-0.9 mcg/10ml-%</i>	Nivel 2	MB
<i>phenylephrine hcl-nacl intravenous solution prefilled syringe 0.5-0.9 mg/5ml-%, 0.8-0.9 mg/10ml-%, 20-0.9 mg/50ml-%, 5-0.9 mg/50ml-%</i>	Nivel 2	AL; MB
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	Nivel 2	AL; MB
VITAMINAS - DRUGS FOR NUTRITION		
BIOTINA - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>biotin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql biotin oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc biotin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra biotin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
VITAMINA A - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>a-10000 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>vitamin a</i>)	Nivel 2	MB
<i>natural vitamin a oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>px vitamin a oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin a oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
VITAMINA B - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b-1 high potency oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b2 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>b-6 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>calcium pantothenate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>niacin er oral capsule extended release</i>	Nivel 1	OTC; QL (4 capsules per 1 day)
<i>niacinamide oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>px niacin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>pyridoxine hcl injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>pyridoxine hcl oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc niacin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin b1 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin b6 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra no flush niacin oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra vitamin b-6 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm niacin cr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>thiamine hcl injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>vitamin b6 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin b-6 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>yl vitamin b-6 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
VITAMINA C - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>acerola c-500 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ascorbic acid</i>)	Nivel 2	MB
<i>ascorbic acid oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>ascorbic acid oral tablet 250 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>ascorbic acid oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
BPROTECTED VITAMIN C ORAL LIQUID (<i>ascorbic acid</i>)	Nivel 1	OTC
<i>c 500 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>c-1000 sr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>c-1000/rose hips sr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>c-1500/rose hips sr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>c-250 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>c-500 non-acid oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>c-500 sr oral capsule extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>c-500 sr oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>calcium ascorbate oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
CRUSH VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>ascorbic acid</i>)	Nivel 1	OTC
<i>cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>fruit c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>natural c/rose hips oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>px vitamin c oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin c oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>qc vitamin c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>qc vitamin c with rose hips oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>ra vitamin c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
SUNKIST VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ascorbic acid</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>vitamin c immune health oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>vitamin c oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>vitamin c/bioflavonoids/rosehp oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitamin c/natural rose hips oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin c-acerola oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>vitamin c-acerola oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin c-rose hips oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>yl vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>yl vitamin c oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg</i>	Nivel 1	OTC
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 500 mg</i>	Nivel 1	OTC; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINA D - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>aqueous vitamin d oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID (<i>cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
<i>cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>cvs vitamin d3 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>d 400 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>d-1000 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>d3 high potency oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>d3 high potency oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>d3 kids oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>d-400 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>delta d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX ORAL TABLET (<i>cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC
DRISDOL ORAL CAPSULE (<i>ergocalciferol</i>)	Nivel 2	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>d-vite pediatric oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
<i>eql vitamin d3 gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>eql vitamin d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>gnp d 2000 oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>gnp vitamin d-400 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>hm vitamin d3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE (<i>cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC
<i>kls d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>kp vitamin d oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp vitamin d oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>nat-rul vitamin d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
PRONUTRIENTS VITAMIN D3 ORAL CAPSULE (<i>cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>qc vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>qc vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	Nivel 1	OTC
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET (<i>cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC
<i>sm vitamin d oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>sm vitamin d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 capsules per 1 day)
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule</i>	Nivel 1	
<i>vitamin d infant oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
<i>vitamin d oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
<i>vitamin d3 extra strength oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d3 gummies oral tablet chewable</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d3 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d3 oral liquid</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 mL per 1 day)
<i>vitamin d-3 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
<i>vitamin d3 oral tablet 25 mcg</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d3 ultra potency oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin d-400 oral tablet</i>	Nivel 1	OTC; QL (2 tablets per 1 day)
WEEKLY-D ORAL CAPSULE (<i>cholecalciferol</i>)	Nivel 1	OTC
VITAMINA E - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>aqueous vitamin e oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>cvs vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e 1000 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e-1000 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e200 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e-200 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e400 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e-400 oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>e-400-clear oral capsule</i>	Nivel 1	OTC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>gnp vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>kp vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>natural vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>px vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>qc vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra natural vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra vitamin e natural oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>ra vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>sm vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
SOLUVITA E ORAL SOLUTION (<i>vitamin e</i>)	Nivel 1	OTC
<i>vitamin e oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin e oral solution</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin eld-alpha natural oral capsule</i>	Nivel 1	OTC
VITAMINA K - DRUGS FOR NUTRITION		
MEPHYTON ORAL TABLET (<i>phytonadione</i>)	Nivel 2	
<i>phytonadione injection solution</i>	Nivel 1	MB
<i>phytonadione oral tablet</i>	Nivel 1	
<i>vitamin k oral tablet</i>	Nivel 1	OTC
<i>vitamin k1 injection solution</i>	Nivel 1	MB

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Index

12 hour nasal decongestant	146	ABILIFY MYCITE STARTER KIT.....	41	acetaminophen-codeine #2	226
12hr allergy & congestion	469	abiraterone acetate	341	acetaminophen-codeine #3	226
12-PANEL POC		ABLYSINOL.....	44	acetaminophen-codeine #4	226
TOXICOLOGY SYSTEM.....	542	ABSORICA.....	96	acetazolamide	440
1st tier unilet comfortouch	413	ABSORICA LD.....	96	acetazolamide er	439
3 day vaginal	557	acacia	442	acetazolamide sodium	440
50+ adult eye health	503	acamprosate calcium	190	acetic acid	126, 171
8 hour pain reliever	207	ACANYA.....	76	acetylcysteine	287, 472
8 hr arthritis pain relief	207	acarbose	275	acid control maximum strength	479
a thru z advanced	503	ACCOLATE.....	25	acid reducer	474
a thru z advanced adult	503	ACCRUFER.....	140	acid reducer complete	473
a thru z advantage	497	ACCU-CHEK LINKASSIST.....	407	ACIPHEX.....	474
a thru z high potency	503	ACCU-CHEK PLASTIC CARTRIDGE.....	407	ACIPHEX SPRINKLE.....	474
a thru z select	504	ACCU-CHEK SPIRIT CARTRIDGE.....	407	acitretin	70
a thru z select 50+ advanced	503	ACCU-CHEK TENDER 1 INFUSION.....	403	acne foaming wash	96
a thru z select 50+ mens	504	ACCU-CHEK TENDER I SET 24".....	407	acne maximum strength	96
a thru z select advanced	504	ACCU-CHEK TENDER I SET 31".....	407	acne medication 10	97
a thru z select ultimate women	504	ACCU-CHEK ULTRAFLEX-1 INF SET.....	407	acne medication 2.5	97
a thru z select ultimate mens	504	ACCUPRIL.....	307	acne medication 5	97
a&d	89	ACCURETIC.....	308	acne treatment	97
a-10000	579	Accutane.....	96	acne-clear	97
abacavir sulfate	359	acd formula a	239	ACNESIC.....	54
abacavir sulfate-lamivudine	360	ACD-A NOCLOT-50.....	239	acremonium	442
abacavir-lamivudine-zidovudine	360	acebutolol hcl	363	ACTEMRA.....	206
ABATRON AF.....	139	acerola c-500	580	ACTEMRA ACTPEN.....	206
abc plus	504	ACETADOTE.....	287	ACTHAR.....	108
ABC PLUS SENIOR.....	504	acetaminophen	207	ACTHIB.....	573
ABC PLUS SENIOR		acetaminophen 8 hour	207	ACTICLATE.....	570
ADULTS 50+.....	504	acetaminophen childrens	207	ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE.....	143
ABECMA.....	339	acetaminophen infants	207	acti-lance 28g	413
ABELCET.....	320	acetaminophen junior strength	207	acti-lance lite lancets 28g	413
ABILIFY.....	41	acetaminophen rapid tabs child	207	acti-lance special lancets 17g	413
ABILIFY MAINTENA.....	41	acetaminophen-codeine	226	acti-lance universal 23g	413
ABILIFY MYCITE.....	41			ACTIQ.....	219
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT.....	41			ACTIVASE.....	127
				ACTIVELLA.....	440

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

ACTONEL.....	107	ADVAIR HFA.....	28	AEROCHAMBER Z-STAT	
ACTOPLUS MET.....	284	advanced eye health	504	PLUS.....	398
ACTOS.....	284	advanced hand		AEROCHAMBER Z-STAT	
ACULAR.....	153	sanilaloe/vit e	93	PLUS CHAMBR.....	399
ACULAR LS.....	153	advanced hand sanitizer	93	AEROCHAMBER Z-STAT	
ACUVAIL.....	153	advanced hand		PLUS/LARGE.....	399
acyclovir	72, 352	sanitizer/aloe	93	AEROCHAMBER Z-STAT	
acyclovir sodium	353	advanced hand		PLUS/MEDIUM.....	399
ACZONE.....	59	sanitizer/vit e	93	AEROCHAMBER Z-STAT	
ADA.....	16	advanced healing/baby	89	PLUS/SMALL.....	399
ADACEL.....	572	advanced mobile lancet	413	AEROGEAR ACTION	
ADAKVEO.....	135	advanced stress		ASTHMA KIT.....	401
adapalene	97	formulazinc	498	AEROTRACH PLUS.....	436
adapalene treatment	97	ADVANTAGE CARE		AEROVENT PLUS.....	399
adapalene-benzoyl		ELECTROLYTE PED.....	488	AFFINITY.....	102
peroxide	76	ADVATE.....	131	AFINITOR.....	335
ADASUVE.....	43	ADVIL LIQUI-GELS MINIS..	198	AFINITOR DISPERZ.....	335
adclf (0.5mg/ml)	521	ADVOCATE INSULIN		Afirmelle.....	246
ADCETRIS.....	324	SYRINGE.....	385	AFLURIA QUADRIVALENT	574
ADCIRCA.....	46	ADVOCATE LANCING		AFREZZA.....	275
added strength headache		DEVICE.....	413	AFRIN SALINE NASAL	
relief	213	adynovate	131	MIST.....	146
ADDERALL.....	569	ADZENYS XR-ODT.....	563	AFSTYLA.....	131
ADDERALL XR.....	569, 570	AEMCOLO.....	32	AFTERA.....	243
adefovir dipivoxil	353	AEROBIKA.....	436	afterburn	55
ADEMPAS.....	46	AEROCHAMBER MINI		AFTERPILL.....	243
ADENOCAINE.....	47	CHAMBER.....	398	AGAMATRIX ULTRA-THIN	
adenosine	239, 543	AEROCHAMBER MV.....	398	LANCETS.....	413
adenosine (diagnostic)	543	AEROCHAMBER PLUS		AGGRASTAT.....	130
ADHANSIA XR.....	565	FLO-VU.....	398	AGRYLIN.....	127
ADIPEX-P.....	565	AEROCHAMBER PLUS		AIMOVIG.....	555
adjustable lancing device .	413	FLO-VU LARGE.....	398	aimsco lubricated	402
ADLYXIN.....	270	AEROCHAMBER PLUS		aimsco twist lancets 32g ..	413
ADLYXIN STARTER PACK.	270	FLO-VU MEDIUM.....	398	AIMSCO TWIST LANCETS	
ADMELOG.....	275	AEROCHAMBER PLUS		33G.....	413
ADMELOG SOLOSTAR.....	275	FLO-VU SMALL.....	398	AIRDUO DIGIHALER.....	28
ADRENAL C FORMULA.....	496	AEROCHAMBER PLUS		AIRDUO RESPICLICK	
ADRENALIN.....	577	FLO-VU W/MASK.....	410	113/14.....	28
ADREVIEW.....	548	AEROCHAMBER PLUS		AIRDUO RESPICLICK	
ADUHELM.....	181	FLOW VU.....	398	232/14.....	28
adult aspirin regimen	214	AEROCHAMBER		AIRDUO RESPICLICK	
adult mask	436	W/FLOWSIGNAL.....	398	55/14.....	28
ADVAIR DISKUS.....	28				

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

AIRZONE PEAK FLOW METER.....	401	ALINIA.....	33	<i>allergy syringe</i>	386
AJOVY.....	555	ALIQOPA.....	342	<i>allergy/congestion relief</i> ...	469
<i>ak-fluor</i>	169	<i>aliskiren fumarate</i>	308	<i>alle vess</i>	73
AKLIEF.....	97	ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN.....	521	<i>allopurinol</i>	180
AKOVAZ.....	577	ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS.....	521	<i>allopurinol sodium</i>	180
<i>ak-poly-bac</i>	159	ALIVE PRENATAL.....	526	ALLZITAL.....	213
AKTEN.....	154	ALKERAN.....	345	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	233
AKYNZEO.....	291, 292	ALKINDI SPRINKLE.....	383	<i>almond (diagnostic)</i>	547
AL12.....	89	ALL FLOW 1000 PFT FILTER.....	436	<i>almotriptan malate</i>	553
ALA SCALP.....	77	ALL FLOW 2000 PFT FILTER.....	436	ALOCANE EMERGENCY BURN MAX STR.....	55
<i>ala-cort</i>	77	ALL FLOW 3000 PFT FILTER.....	436	ALOCRIL.....	155
ALAVERT.....	315	ALL FLOW 4000 PFT FILTER.....	436	<i>aloe vera burn relief</i>	55
<i>albendazole</i>	294	ALL FLOW 5000 PFT FILTER.....	437	<i>aloellidocaine pain reliever</i> ..	55
ALBENZA.....	294	ALL FLOW 6000 PFT FILTER.....	437	<i>alogliptin benzoate</i>	275
ALBUKED 25.....	133	ALL FLOW 7000 PFT FILTER.....	437	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	272
ALBUKED 5.....	133	ALLBEE/C.....	499	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	274
<i>albumin human</i>	133	<i>aller-chlor</i>	309	ALOMIDE.....	155
ALBUMINEX.....	133	ALLERGIST PACKAGE.....	385	ALOPRIM.....	180
<i>albumin-zlb</i>	133	ALLERGIST TRAY.....	385	ALORA.....	441
<i>alburx</i>	134	<i>allergy</i>	309	<i>alose tron hcl</i>	118
ALBUTEIN.....	134	<i>allergy childrens</i>	310, 315	ALOXI.....	289
<i>albuterol sulfate</i>	26	<i>allergy eye</i>	160	ALPAWASH.....	17
<i>albuterol sulfate hfa</i>	26	<i>allergy rel child</i> <i>(loratadine)</i>	316	ALPHAGAN P.....	154
ALCAINE.....	154	<i>allergy relief</i> 147, 309, 310, 316		ALPHANATE.....	131
<i>alclometasone</i> <i>dipropionate</i>	77	<i>allergy relief (loratadine)</i> ...316		ALPHANINE SD.....	131
<i>alcohol base gel</i>	17	<i>allergy relief child</i>	316	ALPHASOFT.....	96
<i>alcohol prep</i>	409	<i>allergy relief childrens</i>	310, 316	<i>alprazolam</i>	22, 23
<i>alcohol swabs</i>	410	<i>allergy relief d-12</i>	469	<i>alprazolam er</i>	22
<i>alcoholado eucaliptino</i>	560	<i>allergy</i> <i>relief indoor/outdoor</i>	316	ALPRAZOLAM INTENSOL... 22	
ALDACTAZIDE.....	438	<i>allergy relief d</i>	469	<i>alprazolam xr</i>	23
ALDACTONE.....	438	<i>allergy</i> <i>relief d-12</i>	469	ALPROLIX.....	131
ALDARA.....	92	<i>allergy relief d</i>	469	<i>alprostadi l</i>	378
<i>alder</i>	541	<i>allergy relief d</i>	469	ALREX.....	165
ALDURAZYME.....	111	<i>allergy relief d</i>	469	ALTABAX.....	59
ALECENSA.....	322	<i>allergy relief d</i>	469	ALTACE.....	307
<i>alendronate sodium</i> .. 107, 108		<i>allergy relief d</i>	469	<i>altafluor benox</i>	169
<i>aler-cap</i>	310	<i>allergy relief d</i>	469	Altafrin.....	168
<i>alertab</i>	310	<i>allergy relief d</i>	469	ALTALUBE.....	162
<i>alfentanil hcl</i>	220	<i>allergy relief d</i>	469	<i>altarussin</i>	470
<i>alfuzosin hcl er</i>	125	<i>allergy relief d</i>	469	<i>altarussin dm</i>	466
<i>algal omega-3 dha</i>	539	<i>allergy relief d</i>	469	Altavera.....	246

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>alternaria</i>	442	<i>aminophylline</i>	31	<i>ampicillin-sulbactam</i>	
ALTOPREV.....	297	AMINOPMRMS.....	550	<i>sodium</i>	540
ALTRENO.....	97	AMINOPROTECT.....	537	AMPYRA.....	185
<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>	233	Aminosyn li.....	537	AMRIX.....	177
<i>alumina-magnesia-simethicone</i>	233	AMINOSYN-PF.....	537	AMVISC.....	164
<i>aluminum hydroxide gel</i> ...	236	<i>amiodarone hcl</i>	238	AMVISC PLUS.....	164
ALUNBRIG.....	322	<i>amiodarone hcl in dextrose</i>	238	AMYVID.....	548
ALVESCO.....	29	AMITIZA.....	116	AMZEEQ.....	59
<i>alvimopan</i>	121	<i>amitriptyline hcl</i>	262	ANAFRANIL.....	262
<i>alyacen 1/35</i>	246	AMLACTIN DAILY.....	89	<i>anagrelide hcl</i>	127
<i>alyacen 7/17</i>	245	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	306	ANASCORP.....	48
Alyq.....	46	<i>amlodipine besylate</i>	367	<i>anastrozole</i>	342
Amabelz.....	440	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	304	ANAVIP.....	48
<i>amantadine hcl</i>	349	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	45	ANCOBON.....	320
AMARYL.....	282	<i>amlodipine-olmesartan</i>	304	ANDEXXA.....	288
AMBIEN.....	451	<i>ammonia n 13</i>	548	ANDRODERM.....	228
AMBIEN CR.....	451	AMMONUL.....	112	ANDROGEL.....	228
AMBISOME.....	320	Amnesteem.....	97	ANDROGEL PUMP.....	228
<i>ambrisentan</i>	46	AMNIOFIX.....	102	ANECTINE.....	152
<i>amcinonide</i>	77	AMNIOTEXT.....	102	<i>anesthesia sli-40a</i>	230
AMD FOAM DRESSING TOPSHEET.....	398	<i>amondys 45</i>	151	<i>anesthesia sli-40h</i>	230
AMEDA TRIPLE ZERO LANOLIN.....	101	AMORYN MOOD BOOSTER.....	504	<i>anesthesia sli-40s</i>	230
AMELUZ.....	53	<i>amoxapine</i>	262	ANGELIQ.....	440
AMERGE.....	553	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	472	ANGIOMAX.....	241
<i>american beech</i>	442	<i>amoxicillin</i>	539, 540	ANHYDROUS BASE.....	17
<i>american cockroach</i>	442	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	540	<i>anhydrous base</i>	17
<i>american elm</i>	442	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	540	<i>anhydrous cream base</i>	17
AMERICERIN.....	101	AMPHADASE.....	377	<i>animal chews</i>	521
AMERISTORE.....	101	<i>amphenol-40</i>	102	ANJESO.....	198
Amethia.....	242	<i>amphetamine sulfate</i>	563	ANNOVERA.....	252
Amethyst.....	242	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	570	ANORO ELLIPTA.....	28
AMICAR.....	143	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	570	<i>antacid</i>	234, 236, 237
AMIDATE.....	230	<i>ampicillin</i>	540	<i>antacid & antigas</i>	233
AMIGO INSULIN PUMP.....	407	<i>ampicillin sodium</i>	540	<i>antacid advanced</i>	233
<i>amikacin sulfate</i>	197			<i>antacid anti-gas</i>	234
<i>amiloride hcl</i>	438			<i>antacid anti-gas max strength</i>	234
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	438			<i>antacid anti-gas reg strength</i>	234
<i>aminocaproic acid</i>	143			<i>antacid calcium rich</i>	236
				<i>antacid extra strength</i>	234, 237
				<i>antacid fast relief</i>	234

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>antacid i</i>	234	APADAZ.....	227	ARICEPT.....	188
<i>antacid iii</i>	234	<i>apap-caff-dihydrocodeine</i>	227	ARIDOL.....	544
<i>antacid liquid</i>	234	APETIGEN-PLUS.....	499	ARIKAYCE.....	197
<i>antacid m</i>	234	APEXICON E.....	78	ARIMIDEX.....	342
<i>antacid maximum strength</i>	234	APHEN.....	207	<i>aripiprazole</i>	41, 42
<i>antacid plus anti-gas relief</i>	234	APIDRA.....	275	ARISTADA.....	42
<i>antacid regular strength</i>	234, 236	APIDRA SOLOSTAR.....	275	ARISTADA INITIO.....	42
<i>antacid ultra strength</i>	236	APLENZIN.....	264	ARIXTRA.....	239
<i>antacid/antigas</i>	234	APLISOL.....	547	<i>arizona cypress</i>	442
<i>antacid/lanti-gas</i>	234	<i>apo-varenicline</i>	190	<i>armodafinil</i>	566
<i>antacid/simethicone ds</i>	234	<i>apple (diagnostic)</i>	547	ARMONAIR DIGIHALER.....	29
ANTARA.....	296	<i>apra</i>	207	ARMOUR THYROID.....	196
<i>antibiotic</i>	59	<i>apraclonidine hcl</i>	154	<i>arnica flower</i>	101
<i>anticoagulant sodium</i> <i>citrate</i>	239	<i>aprepitant</i>	292	ARNUITY ELLIPTA.....	29
<i>antifungal</i>	62	Apri.....	246	AROMASIN.....	342
<i>anti-fungal</i>	62, 66	APRISO.....	118	ARRANON.....	332
<i>antifungal (clotrimazole)</i>	62	APRODINE.....	469	<i>arsenic trioxide</i>	339
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	66	APTENSIO XR.....	566	<i>artesanate</i>	346
<i>antifungal clotrimazole</i>	62	APTIOM.....	254	<i>arthritis pain reliever</i>	52
<i>anti-hist allergy</i>	310	APTIVUS.....	356	ARTHROTEC.....	205
<i>antihistamine & nasal</i> <i>deconges</i>	469	AQUANIL HC.....	78	Articadent Dental.....	232
<i>anti-itch maximum</i> <i>strength</i>	77	AQUA-NU.....	89	<i>artificial eye</i>	162
<i>antioxidant</i>	504	AQUAPHOR ITCH RELIEF MAX STR.....	78	<i>artificial tears</i>	162, 168
<i>anti-oxidant</i>	494	AQUASOL A.....	579	<i>artificial tears pf</i>	162
<i>antioxidant alc/e/selenium</i>	504	<i>aqueous vitamin d</i>	582	ARTISS.....	145
<i>anti-oxidant formula</i>	504	<i>aqueous vitamin e</i>	584	ARZERRA.....	323
<i>antioxidant</i> <i>formula/minerals</i>	504	ARAKODA.....	346	ASACOL HD.....	118
<i>antioxidant protection</i> <i>formula</i>	504	Aranelle.....	245	ASCENIV.....	49
<i>antioxidant vitamins</i>	504	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	135, 136, 139	ASCLERA.....	381
ANTIOXIN 4000.....	504	ARAVA.....	206	Ascomp-Codeine.....	226
<i>antivenin latrodectus</i> <i>mactans</i>	48	ARAZLO.....	97	ASCOR.....	580
<i>antivenin micrurus fulvius</i>	48	ARESTIN.....	174	<i>ascorbic acid</i>	580
ANTIVERT.....	290	<i>arformoterol tartrate</i>	26	<i>asenapine maleate</i>	43
ANUSOL-HC.....	21	<i>argatroban</i>	241	Ashlyna.....	242
		<i>argatroban in sodium</i> <i>chloride</i>	241	Asilnasalrms.....	550
		<i>arginine hcl</i>	536	ASMANEX (120 METERED DOSES).....	29
		Argyle Sterile Saline.....	126	ASMANEX (14 METERED DOSES).....	29
		Argyle Sterile Water.....	380	ASMANEX (30 METERED DOSES).....	30
		ARGYLE TRACHEOSTOMY CARE TRAY.....	411	ASMANEX (60 METERED DOSES).....	30

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

ASMANEX (7 METERED DOSES).....	30	ASSURE HAEMOLANCE PLUS NORMAL.....	413	<i>atropine sulfate</i> ..	168, 473, 479
ASMANEX HFA.....	30	ASSURE HAEMOLANCE PLUS PED.....	414	ATROVENT HFA.....	27
ASPARLAS.....	341	ASSURE LANCE LANCETS.....	414	AUBAGIO.....	183
ASPERCREME ARTHRITIS PAIN.....	52	ASSURE LANCE LANCETS 21G.....	414	Aubra.....	247
ASPERCREME LIDOCAINE.....	55	ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G.....	414	Aubra Eq.....	247
ASPERCREME LIDOCAINE ESSENTIAL.....	55	ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G.....	414	AUGMENTIN.....	540
ASPERCREME MAX STRENGTH.....	55	ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G.....	414	AUGMENTIN ES-600.....	540
ASPERCREME PAIN RELIEF PATCH.....	55	ASTAGRAF XL.....	378	<i>aureobasidium</i>	442
ASPERCREME W/LIDOCAINE.....	56	ATABEX.....	526	<i>aureobasidium pullulans</i>	442, 547
<i>asperflex max st</i>	56	<i>atabex dha 200</i>	539	<i>aurodryl allergy childrens</i>	310
ASPERFLEX PAIN RELIEVING.....	56	ATABEX EC.....	526	<i>aurophen childrens</i>	207
<i>aspergillus fumigatus</i>	442, 541, 547	ATABEX OB.....	526	<i>aurora lancet super thin 30g</i>	414
<i>aspirin</i>	215	ATACAND.....	301	<i>aurora lancet thin 23g</i>	414
<i>aspirin 81</i>	214	ATACAND HCT.....	304	Aurovela 1.5/30.....	247
<i>aspirin adult low dose</i>	214	<i>atazanavir sulfate</i>	356	Aurovela 1/20.....	247
<i>aspirin adult low strength</i>	214	ATELVIA.....	108	Aurovela 24 Fe.....	247
<i>aspirin childrens</i>	214	<i>atenolol</i>	363	Aurovela Fe 1.5/30.....	247
<i>aspirin ec</i>	215	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	306	Aurovela Fe 1/20.....	247
<i>aspirin ec adult low strength</i>	215	ATGAM.....	382	AURYXIA.....	117
<i>aspirin ec low dose</i>	215	<i>athletes foot</i>	62	AUSTEDO.....	189
<i>aspirin ec low strength</i>	215	<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	62	<i>australian pine</i>	442
<i>aspirin low dose</i>	215	<i>athletes foot powder spray</i>	62, 66	AUTO-LANCET.....	414
<i>aspirin low strength</i>	215	<i>athletes foot spray</i>	66	AUTO-LANCET MINI.....	414
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	128	ATIVAN.....	23	AUTOLET II CLINISAFE.....	414
<i>aspirin-omeprazole</i>	128	<i>atomoxetine hcl</i>	562	AUTOLET LANCING DEVICE.....	414
ASSESS PEAK FLOW METER.....	401	<i>atorvastatin calcium</i>	297	AUTOLET LITE CLINISAFE.....	414
ASSURE HAEMOLANCE PLUS HIGH.....	413	<i>atovaquone</i>	33	AUTOLET LITE STARTER PACK.....	414
ASSURE HAEMOLANCE PLUS LOW.....	413	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	347	AUTOLET MINI.....	414
ASSURE HAEMOLANCE PLUS MICRO.....	413	<i>atracurium besylate</i>	152	AUTOLET PLATFORMS.....	414
		ATRALIN.....	98	AUTOLET PLUS.....	414
		ATREVIS HYDROGEL.....	17	AUTOSOFT 30 INFUSION SET.....	407
		ATRIPLA.....	360	AUTOSOFT 90 INFUSION SET.....	407
		ATRIX MEDICATED FORMULA.....	54	AUTOSOFT XC INFUSION SET.....	407
		ATROPEN.....	473	AUVI-Q.....	577
				AVAILNEX.....	550
				AVALIDE.....	304

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

AVAPRO.....	301	AZOLEN TINCTURE.....	62	BACTRIM.....	32
AVEDANA GLYCERIN		AZOPT.....	167	BACTRIM DS.....	32
(ADULT).....	460	AZOR.....	304	BAFIERTAM.....	184
AVEDANA HEMORRHOID		AZSTARYS.....	561	<i>bahia</i>	442
PAIN RELIEF.....	20	<i>aztreonam</i>	35	<i>bal in oil</i>	288
AVEDANA		AZULFIDINE.....	119	<i>balanced b complex</i>	499
HEMORRHOIDAL.....	20	AZULFIDINE EN-TABS.....	119	<i>balanced b-100</i>	499
AVEED.....	228	Azurette.....	241	<i>balanced b-100 complex cr</i>	
AVEENO ANTI-ITCH MAX		<i>b complex (lipotropics)</i>	497	.....	498
ST.....	78	<i>b complex 100 tr</i>	499	<i>balanced b-50 complex</i>	498
AVEENO BABY SOOTHING		<i>b complex formula 1 (wl</i>		<i>balanced b-50/fa</i>	499
MULTI-PUR.....	101	<i>fa)</i>	499	<i>balanced salt</i>	170
Aviane.....	247	<i>b complex plus</i>	499	BALCOLTRA.....	247
Avita.....	98	<i>b complex-b12</i>	499	<i>bald cypress</i>	541
AVITENE.....	143	<i>b complex-biotin-fa</i>	499	BALMEX MULTI-PURPOSE	101
AVITENE FLOUR.....	143	<i>b complex-c</i>	499	<i>balsalazide disodium</i>	119
<i>avocado (diagnostic)</i>	547	<i>b complex-c-folic acid</i>	499	BALVERSA.....	335
AVODART.....	126	<i>b complex-vitamin c</i>	499	Balziva.....	247
AVONEX PEN.....	186	<i>b-1 high potency</i>	579	<i>bamlanivimab</i>	51
AVONEX PREFILLED.....	186	<i>b-100</i>	497	<i>banana (diagnostic)</i>	547
AVSOLA.....	122	<i>b-100 b-complex</i>	499	BANOPHEN.....	311
AVYCAZ.....	375	<i>b-100 complex</i>	497	BANZEL.....	254
AXUMIN.....	548	<i>b-100 complex cr</i>	499	BAQSIMI ONE PACK.....	281
AYGESTIN.....	560	<i>b-100 cr</i>	497	BAQSIMI TWO PACK.....	281
Ayuna.....	247	<i>b-12</i>	138	BARACLUDE.....	353
AYVAKIT.....	328	B-12 MICROLOZENGE.....	138	BARD IRRIGATION	
<i>azacitidine</i>	332	<i>b-12-sl</i>	138	SYRINGE/BULB.....	436
AZACTAM.....	35	<i>b2</i>	579	BARHEMSYS.....	289
Azasan.....	381	<i>b-50</i>	498	<i>barium sulfate</i>	545
AZASITE.....	157	<i>b-50 complex</i>	499	BASAGLAR KWIKPEN.....	275
<i>azathioprine</i>	381	<i>b-6</i>	579	BAVENCIO.....	325
<i>azathioprine sodium</i>	382	<i>baby vitamin a & d</i>	89	BAXDELA.....	448
AZEDRA DOSIMETRIC.....	346	Bac.....	213	<i>bayberry (wax myrtle)</i>	442
AZEDRA THERAPEUTIC.....	346	<i>bacitracin</i>	32, 60, 157	BAYER ADVANCED	
<i>azelaic acid</i>	53	<i>bacitracin zinc</i>	60	ASPIRIN REG ST.....	215
<i>azelastine hcl</i>	146, 155	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	60	BAYER ASPIRIN.....	215
<i>azelastine-fluticasone</i>	146	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	159	BAYER ASPIRIN EC LOW	
AZELEX.....	98	<i>bacitra-neomycin-</i>		DOSE.....	215
<i>azesco</i>	526	<i>polymyxin-hc</i>	161	BAYER LOW DOSE.....	215
AZILECT.....	350	BACITRAYCIN PLUS.....	60	<i>b-compleet-100</i>	499
<i>azithromycin</i>	463	<i>baclofen</i>	177	<i>b-compleet-50</i>	499
<i>azo tabs</i>	124	<i>bacteriostatic water(benz</i>		<i>b-complex</i>	499
AZO TEST.....	543	<i>alc)</i>	17	<i>b-complex plus b-12</i>	499

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

BD AUTOSHIELD.....	386	BD SYRINGE/NEEDLE	..... 387, 409	<i>benztropine mesylate</i>	348
BD AUTOSHIELD DUO.....	386	BD TB SYRINGE.....	387	BEOVU.....	155
BD INSULIN SYR		BD VEO INSULIN SYR U/F		<i>bepotastine besilate</i>	155
ULTRAFINE II.....	386	1/2UNIT.....	387	BEPREVE.....	155
BD INSULIN SYRINGE.....	386	BD VEO INSULIN SYRINGE		BERINERT.....	129
BD INSULIN SYRINGE		U/F.....	387	<i>bermuda grass</i>	442, 443
HALF-UNIT.....	386	BD VERITOR SYSTEM		BESIVANCE.....	157
BD INSULIN SYRINGE		SARS-COV-2.....	543	BESPONSA.....	324
MICROFINE.....	386	<i>beauty lotion</i>	89	BESREMI.....	339
BD INSULIN SYRINGE U/F		<i>bec/zinc</i>	500	<i>beta hc</i>	78
.....	386, 409	BECONASE AQ.....	148	BETADINE OPHTHALMIC	
BD INSULIN SYRINGE U/F		<i>beef (diagnostic)</i>	547	PREP.....	158
1/2UNIT.....	386	BELBUCA.....	225	<i>betamethasone</i>	
BD INSULIN SYRINGE U-		BELRAPZO.....	329	<i>dipropionate</i>	78
500.....	386	BELSOMRA.....	452	<i>betamethasone</i>	
BD INSULIN SYRINGE		<i>benazepril hcl</i>	307	<i>dipropionate aug</i>	78
ULTRAFINE.....	386	<i>benazepril-</i>		<i>betamethasone sod phos</i>	
BD INTEGRA SYRINGE....	386	<i>hydrochlorothiazide</i>	308	<i>& acet</i>	382
BD LUER-LOK SYRINGE...	386	BENDEKA.....	329	<i>betamethasone valerate</i>	78
BD PEN NEEDLE MICRO		BENEFIX.....	131	BETAPACE.....	364
U/F.....	386	<i>benfotiamine multi-b</i>	500	BETAPACE AF.....	364
BD PEN NEEDLE MINI U/F	387	BENGAY LIDOCAINE.....	56	BETASERON.....	186
BD PEN NEEDLE NANO		BENICAR.....	301	<i>betatemp childrens</i>	208
2ND GEN.....	387	BENICAR HCT.....	305	<i>betaxolol hcl</i>	158, 363
BD PEN NEEDLE NANO		BENLYSTA.....	377	<i>bethanechol chloride</i>	293
U/F.....	387	BENTYL.....	473	BETHKIS.....	197
BD PEN NEEDLE		BENZAACLIN.....	76	BETIMOL.....	158
ORIGINAL U/F.....	387	BENZAACLIN WITH PUMP....	76	BETOPTIC-S.....	158
BD PEN NEEDLE SHORT		<i>benzalkonium chloride</i>	351	<i>better b complex</i>	500
U/F.....	387	BENZAMYCIN.....	76	BEVESPI AEROSPHERE....	28
BD PLASTIPAK SYRINGE..	387	BENZEFOAM.....	98	<i>bexarotene</i>	331
BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>benzhydrocodone-</i>		BEXSERO.....	573
SYRINGE.....	387	<i>acetaminophen</i>	227	BEYAZ.....	247
BD SAFETYGLIDE		<i>benznidazole</i>	294	<i>bicalutamide</i>	331
SHIELDED NEEDLE.....	387	<i>benzoin</i>	101	BICILLIN C-R.....	540
BD SAFETY-LOK INSULIN		<i>benzonatate</i>	468	BICILLIN C-R 900/300....	540
SYRINGE.....	387	<i>benzoyl peroxide</i>	98	BICILLIN L-A.....	541
BD SWAB SINGLE USE		<i>benzoyl peroxide cleanser</i> ..	98	BICNU.....	345
REGULAR.....	410	<i>benzoyl peroxide wash</i>	98	BIDIL.....	45
BD SWABS SINGLE USE		<i>benzoyl peroxide-</i>		BIG 100.....	500
BUTTERFLY.....	410	<i>erythromycin</i>	76	BIG 100 (BIOTIN).....	500
		<i>benzphetamine hcl</i>	565	BIJUVA.....	440
				BIKTARVY.....	360

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

BILTRICIDE.....	295	bortezomib	337	briellyn	247
bimatoprost	170	bosentan	46	brimonidine tartrate	154
BINAXNOW COVID-19 AG		BOSULIF.....	326	BRINEURA.....	115
HOME TEST.....	543	botrytis	443	brinzolamide	167
BINOSTO.....	108	botrytis cinerea	547	BRISDELLE.....	186
BIOLLE TEARS.....	168	BOUNTY BEARS/C.....	521	BRIVIACT.....	254
BIORPHEN.....	578	bp gel	98	brome	443
BIOTHRAX.....	573	bp wash	98	bromfenac sodium (once-	
biotin	579	bpo foaming cloths	98	daily)	153
bisacodyl	455	BPROTECTED MULTI-VITE		bromocriptine mesylate	349
bisacodyl laxative	455	.....	505	BROMSITE.....	153
bismatrol	284	BPROTECTED PEDIA D-		BRONCHITOL.....	193
bismuth	284	VITE.....	582	BRONCHITOL	
bismuth subsalicylate	284	BPROTECTED PEDIA		TOLERANCE TEST.....	193
bisoprolol fumarate	363	IRON.....	140	BROVANA.....	26
bisoprolol-		BPROTECTED PEDIA		BRUKINSA.....	326
hydrochlorothiazide	306	POLY-VITE.....	521	BRYHALI.....	78
bite-a-mins	521	BPROTECTED PEDIA		bsp 0820	382
bite-a-minsliron	521	POLY-VITE/FE.....	521	BSS.....	170
bivalirudin rtu	241	BPROTECTED PEDIA TRI-		BSS PLUS.....	170
bivalirudin trifluoroacetate		VITE.....	521	b-stress	498
.....	241	BPROTECTED VITAMIN C.	580	BUCKLEYS CHEST	
bivalirudin-sodium		BRAFTOVI.....	335	CONGESTION.....	470
chloride	241	BRAINSTRONG		budesonide	30, 148, 383
BIVIGAM.....	49	PRENATAL.....	526	budesonide er	383
BLENREP.....	323	breathe ease large	399	budesonide-formoterol	
BLEPH-10.....	171	breathe ease medium	399	fumarate	28
BLEPHAMIDE.....	161	breathe ease peak flow		bumetanide	438
BLEPHAMIDE S.O.P.....	161	meter	401	BUMEX.....	438
BLINCYTO.....	334	breathe ease small	399	Bupap.....	213
Blisovi 24 Fe.....	247	BREATHERITE VALVED		BUPHENYL.....	112
Blisovi Fe 1.5/30.....	247	MDI CHAMBER.....	437	bupivacaine fisiopharma ..	231
Blisovi Fe 1/20.....	247	BREO ELLIPTA.....	28	bupivacaine hcl	231
BLIS-TO-SOL.....	67	BREVIBLOC.....	363	bupivacaine hcl (pf)	231
BLOXIVERZ.....	37	BREVIBLOC IN NACL.....	363	bupivacaine hcl-nacl	231
blue tubel aloe	56	BREVIBLOC PREMIXED....	363	bupivacaine in dextrose	231
BLUE-EMU PAIN RELIEF		BREVIBLOC PREMIXED		bupivacaine spinal	231
DRY.....	56	DS.....	363	bupivacaine-epinephrine ..	233
body/hair/skin/nails	505	BREVITAL SODIUM.....	230	bupivacaine-epinephrine	
BONINE.....	290	BREXAFEMME.....	320	(pf)	233
BONIVA.....	108	BREYANZI.....	339	BUPRENEX.....	225
BONJESTA.....	292	BREZTRI AEROSPHERE....	28	buprenorphine	225
BOOSTRIX.....	572	BRIDION.....	288	buprenorphine hcl	225

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>buprenorphine hcl-</i>	<i>cadeau dha</i>	526	<i>calcium citrate +</i>	485, 488
<i>naloxone hcl</i>	CADUET.....	45	<i>calcium citrate + d3</i>	485
<i>bupropion hcl</i>	CAFECIT.....	563	<i>calcium citrate +d</i>	485
<i>bupropion hcl er (smoking</i>	CAFERGOT.....	555	<i>calcium citrate plus</i>	488
<i>det)</i>	<i>caffeine citrate</i>	563	<i>calcium citrate</i>	
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	CALAN SR.....	367	<i>plus/magnesium</i>	488
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	<i>calcipotriene</i>	71	<i>calcium citrate-mag-</i>	
<i>burn relief</i>	<i>calcipotriene-betameth</i>		<i>minerals</i>	488
<i>buspirone hcl</i>	<i>diprop</i>	75	<i>calcium citrate-vitamin d</i> ..	485
<i>busulfan</i>	<i>calcitonin (salmon)</i>	108	<i>calcium creamies</i>	485
BUSULFEX.....	<i>calcitrate plus d</i>	484	<i>calcium disodium</i>	
<i>butalbital-acetaminophen</i> ..	Calcitrene.....	71	<i>versenate</i>	288
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	<i>calcitriol</i>	71, 114	<i>calcium extra d3</i>	485
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	<i>calcium + d</i>	484	<i>calcium gluconate</i>	484
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	<i>calcium + d3</i>	484	<i>calcium gluconate-nacl</i>	485
.....	<i>calcium + vitamin d3</i>	485	<i>calcium magnesium zinc</i> ..	485
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ..	<i>calcium 500 + d</i>	485	<i>calcium oyster shell</i>	484
<i>butorphanol tartrate</i>	<i>calcium 500 + d3</i>	485	<i>calcium pantothenate</i>	579
BUTRANS.....	<i>calcium 500 +d</i>	485	<i>calcium plus vitamin d</i>	485
BYDUREON BCISE.....	<i>calcium 500/vitamin d</i>	485	<i>calcium plus vitamin d3</i>	486
BYETTA 10 MCG PEN.....	<i>calcium 600</i>	484	<i>calcium/lcid</i>	486
BYETTA 5 MCG PEN.....	<i>calcium 600 + d</i>	485	<i>calcium+d3</i>	486
BYFAVO.....	<i>calcium 600 + minerals</i>	485	<i>calcium+d3 gradual</i>	
BYLVAY.....	<i>calcium 600/vitamin d</i>	485	<i>release</i>	486
BYLVAY (PELLETS).....	<i>calcium 600+d plus</i>		<i>calcium-magnesium-zinc</i> ..	486
BYSTOLIC.....	<i>minerals</i>	485	<i>calcium-vitamin d3</i>	486
<i>c 500</i>	<i>calcium 600+d3 plus</i>		<i>calcium-vitamin d-</i>	
<i>c-1000 sr</i>	<i>minerals</i>	485	<i>minerals</i>	486
<i>c1000 trlose</i>	<i>calcium acetate</i>	117	CALDOLOR.....	198
<i>hip/bioflavonoid</i>	<i>calcium acetate (phos</i>		<i>california pepper tree</i>	443
<i>c-1000/rose hips sr</i>	<i>binder)</i>	117	CAL-MAG.....	486
<i>c1500 trlose</i>	<i>calcium antacid extra</i>		CALPHRON.....	117
<i>hip/bioflavonoid</i>	<i>strength</i>	236	CALQUENCE.....	326
<i>c-1500/rose hips sr</i>	<i>calcium ascorbate</i>	581	CAMBIA.....	556
<i>c1500/rose</i>	<i>calcium carb-</i>		Camila.....	245
<i>hips/bioflavonoid</i>	<i>cholecalciferol</i>	485	CAMINO PRO	
<i>c-250</i>	<i>calcium carbonate</i>	236, 484	COMPLETE/GLYTACTIN....	550
<i>c-500 non-acid</i>	<i>calcium carbonate antacid</i>	236	CAMPTOSAR.....	343
<i>c-500 sr</i>	<i>calcium carbonate-vitamin</i>		Camrese.....	242
<i>cabenuva</i>	<i>d</i>	485	Camrese Lo.....	242
<i>cabergoline</i>	<i>calcium carbonate-vitamin</i>		CANASA.....	119
CABLIVI.....	<i>d3</i>	485	CANCIDAS.....	320
CABOMETYX.....	<i>calcium chloride</i>	484	<i>candesartan cilexetil</i>	301

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>candesartan cilexetil-hctz</i>.....305	<i>capsule coni-snap #00</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>
<i>candida albicans extract</i>	<i>clear</i> 12	<i>veggie</i> 15
.....443, 541	<i>capsule coni-snap #00</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>
<i>candida albicans skn tst</i>	<i>white</i> 12	<i>white</i> 13
<i>antgn</i>.....547	<i>capsule coni-snap #000</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>
CANDIN.....547	<i>clear</i> 12	<i>whitelgrn</i>.....13
<i>cantaloupe (diagnostic)</i> 547	<i>capsule coni-snap #1 aqua</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>
CAPASTAT SULFATE..... 37	<i>blue</i> 12	<i>wht/clr</i> 13
CAPEX..... 78	<i>capsule coni-snap #1 blue</i> .. 12	<i>capsule coni-snap #1</i>
CAPLYTA..... 38	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>yellow</i> 13
CAPRELSA..... 337	<i>bluelpink</i> 12	<i>capsule coni-snap #1</i>
<i>capsaicin</i> 56	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>yellow/gr</i> 13
<i>capsaicin heat patch</i> 56	<i>blue/wht</i> 12	<i>capsule coni-snap #2 clear</i> . 13
<i>capsaicin hot patch</i> 56	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>capsule coni-snap #2</i>
<i>capsaicin hp</i>.....56	<i>brown</i> 12	<i>white</i> 13
<i>capsaicin pain relief</i> 56	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>capsule #0 clear/clear veg</i> .. 15	<i>brwnlivry</i>.....12	<i>blulclear</i> 13
<i>capsule #0 white/white</i>	<i>capsule coni-snap #1 clear</i> . 12	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>opq veg</i>.....15	<i>capsule coni-snap #1 dk</i>	<i>brn/blue</i> 13
<i>capsule #1 clear/clear veg</i> .. 15	<i>grn/or</i> 12	<i>capsule coni-snap #3 clear</i> . 13
<i>capsule #1 white/white</i>	<i>capsule coni-snap #1 drk</i>	<i>capsule coni-snap #3 clear</i>
<i>opq veg</i>.....15	<i>green</i> 12	<i>veg</i> 15
<i>capsule #3 clear/clear veg</i> .. 15	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>capsule #3 white/white</i>	<i>greylpink</i>.....12	<i>graylylw</i> 13
<i>opq veg</i>.....15	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>capsule 0 clear dr</i> 15	<i>grnlylw</i> 12	<i>green/blu</i> 13
<i>capsule coni-snap #0</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>blulwhite</i> 12	<i>orange</i>.....12	<i>greylpink</i>.....13
<i>capsule coni-snap #0 clear</i> . 12	<i>capsule coni-snap #1 pink</i> .. 12	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>capsule coni-snap #0 clear</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>maron/blu</i> 13
<i>veg</i> 15	<i>pink/blue</i> 13	<i>capsule coni-snap #3 mint</i>
<i>capsule coni-snap #0 dark</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>grn</i> 13
<i>blue</i> 12	<i>pink/clr</i> 13	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>capsule coni-snap #0</i>	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>olive/clr</i> 13
<i>green/clr</i> 12	<i>pink/whit</i> 13	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>capsule coni-snap #0 pink</i> .. 12	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>orange</i> 13
<i>capsule coni-snap #0</i>	<i>pinklyllw</i> 13	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>purple</i>.....12	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>pink/pink</i> 13
<i>capsule coni-snap #0</i>	<i>purple</i> 13	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>red/white</i> 12	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>pnk/clear</i> 13
<i>capsule coni-snap #0</i>	<i>red/blue</i>.....13	<i>capsule coni-snap #3</i>
<i>white</i> 12	<i>capsule coni-snap #1</i>	<i>red/clear</i> 13
	<i>red/white</i> 13	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>capsule coni-snap #3 red/red</i>	13	CARDURA.....	303	<i>cbd4 freeze pump maximum str</i>	73
<i>capsule coni-snap #3 white</i>	13	CARDURA XL.....	125	<i>cedar elm</i>	443
<i>capsule coni-snap #3 wht/clr</i>	13	<i>careone advanced lancing dev</i>	415	<i>cefaclor</i>	372
<i>capsule coni-snap #3 yellow</i>	14	<i>careone insulin syringe</i>	387	<i>cefaclor er</i>	372
<i>capsule coni-snap #4 black/grn</i>	14	CAREONE LANCET SUPER THIN 30G.....	415	<i>cefadroxil</i>	372
<i>capsule coni-snap #4 clear</i>	14	<i>careone lancet thin 23g</i>	415	<i>cefazolin in sodium chloride</i>	372
<i>capsule coni-snap #4 white</i>	14	CAREPOINT SAFETY1ST SYR/NEEDLE.....	387	<i>cefazolin sodium</i>	372
<i>capsule ezeefit #0 clear</i>	14	CARESENS LANCETS.....	415	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	372
<i>capsule ezeefit #00 clear</i>	14	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	387, 409	<i>cefdinir</i>	373
<i>captopril</i>	307	CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE.....	388	<i>cefepime hcl</i>	374
<i>capzix</i>	56	CARETOUCH LUER LOCK SYR/NEEDLE.....	388	<i>cefepime-dextrose</i>	374
CARAC.....	61	<i>carisoprodol</i>	177	<i>cefixime</i>	373
CARAFATE.....	473	<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	177	CEFOTAN.....	372
CARBAGLU.....	113	<i>carmustine</i>	345	<i>cefotaxime sodium</i>	373
<i>carbamazepine</i>	255	CARNITOR.....	112	<i>cefotetan disodium</i>	372
<i>carbamazepine er</i>	255	CARNITOR SF.....	112	<i>cefotetan disodium-dextrose</i>	372
CARBATROL.....	255	CAROSPIR.....	438	<i>cefoxitin sodium</i>	373
<i>carbidopa</i>	350	<i>carteolol hcl</i>	158	<i>cefoxitin sodium-dextrose</i>	373
<i>carbidopa-levodopa</i>	348	Cartia Xt.....	367	<i>cefpodoxime proxetil</i>	373
<i>carbidopa-levodopa er</i>	348	CARTICEL.....	179	<i>cefprozil</i>	373
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	348	<i>carvedilol</i>	366	<i>ceftazidime</i>	373
<i>carbinoxamine maleate</i>	311	<i>carvedilol phosphate er</i>	366	<i>ceftazidime and dextrose</i> ..	373
CARBOCAINE.....	231	<i>cascara sagrada</i>	455	<i>ceftriaxone sodium</i>	373, 374
CARBOCAINE PRESERVATIVE-FREE.....	231	<i>casein (diagnostic)</i>	547	<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	373
<i>carbomer aqueous</i>	17	CASODEX.....	331	<i>ceftriaxone sodium-dextrose</i>	374
<i>carbomer hydroalcoholic</i>	17	<i>casprofungin acetate</i>	320	<i>cefuroxime axetil</i>	373
<i>carboprost tromethamine</i>	539	<i>cat hair extract</i>	443	<i>cefuroxime sodium</i>	373
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	168	CATAPRES-TTS-1.....	303	CELEBREX.....	205
CARDENE IV.....	367	CATAPRES-TTS-2.....	303	<i>celecoxib</i>	206
CARDIOCOM LANCING DEVICE.....	414	CATAPRES-TTS-3.....	303	CELESTONE SOLUSPAN..	383
CARDIZEM.....	367	CATHFLO ACTIVASE.....	127	CELEXA.....	266
CARDIZEM CD.....	367	<i>cattle epithelium</i>	443	CELLCEPT.....	377
CARDIZEM LA.....	367	Cavarest.....	175	CELLCEPT INTRAVENOUS.....	377
		CAVILON.....	62	CELLUGEL.....	164
		CAYA.....	411	CELONTIN.....	261
		CAYSTON.....	36	CENTANY.....	60
		Caziant.....	245		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

centavite a-z complete-mineral	505	chest congestion relief dm	466	chlorpheniramine maleate er	309
centravites	505	chicken meat (diagnostic)	547	chlorpromazine hcl	43
centravites 50 plus	505	childrens acetaminophen	208	chlorthalidone	439
CENTRUM SPECIALIST		childrens animal shapes	521	chlorzoxazone	177
PRENATAL.....	526	childrens aspirin	216	CHOLBAM.....	118
century	505	childrens aspirin free	208	cholestyramine	299
century mature	505	childrens chew		cholestyramine light	299
cephalexin	372	multivitamin	521	CHOLETEC.....	548
CEPROTIN.....	133	childrens chewable multi		chromic chloride	492
CEQUA.....	167	vits	521	CIALIS.....	47
CEQUR SIMPLICITY 2U.....	388	childrens chewable		ciclopirox	67
CEQUR SIMPLICITY		vitamins	521	ciclopirox olamine	67
INSERTER.....	388	childrens gummies	521	cidofovir	352
CEQUR SIMPLICITY		childrens ibuprofen	198	cilostazol	130
STARTER.....	388	childrens ibuprofen 100	198	CILOXAN.....	157
CERALYTE 70.....	489	childrens loratadine	316	CIMDUO.....	360
CERAVE ACNE FOAMING		CHILDRENS MEDI-		cimetidine	479
CREAM.....	98	PROFEN.....	198	cimetidine hcl	479
CERAVE BABY HEALING		CHILDRENS MEDI-TABS... 208		CIMZIA.....	122
OINTMENT.....	101	childrens multivitamin	521	CIMZIA PREFILLED.....	122
CERDELGA.....	136	childrens multivitaminliron		CIMZIA STARTER KIT.....	122
CEREBYX.....	261	.....	521	cinacalcet hcl	105, 106
CERETEC.....	548	childrens non-aspirin	208	CINQAIR.....	25
CEREZYME.....	136	childrens pain reliever	208	CINRYZE.....	129
CERIANNA.....	548	childrens silapap	208	CINVANTI.....	292
Cerovel.....	53	childrens vitaminsliron	521	CIPRO.....	448
CEROVITE JR.....	521	CHIRHOSTIM.....	544	CIPRO HC.....	172
CEROVITE SENIOR.....	505	chloramphenicol sod		CIPRODEX.....	172
certa plus	505	succinate	33	ciprofloxacin hcl	157, 172, 448
CERTAVITE/ANTIOXIDANT		chlordiazepoxide hcl	23	ciprofloxacin in d5w	448
S.....	505	chlordiazepoxide-		ciprofloxacin-	
CERVIDIL.....	539	amitriptyline	187	dexamethasone	172
cetirizine hcl	316	chlordiazepoxide-		ciprofloxacin-fluocinolone	
CETRAXAL.....	172	clidinium	474	pf	172
cevimeline hcl	174	chlorhexidine gluconate		cisatracurium besylate	152
Charlotte 24 Fe.....	247	.....	174, 351	cisatracurium besylate (pf)	
Chateal.....	247	chlorhist	309	.....	152
Chateal Eq.....	247	chloroprocaine hcl (pf)	232	cisplatin	329
CHEMET.....	289	chloroquine phosphate	346	citalopram hydrobromide	266
CHEMSTRIP UGK.....	543	chlorothiazide sodium	439	CITRANATAL 90 DHA.....	526
CHENODAL.....	120	chlorpheniramine maleate	309	CITRANATAL ASSURE.....	526
chest congestion relief	470			CITRANATAL B-CALM.....	526

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

CITRANATAL BLOOM.....	526	CLEOCIN-T.....	59	CLINIMIX/DEXTROSE	
CITRANATAL BLOOM DHA	526	CLEVER CHOICE HAND		(5/15).....	538
CITRANATAL DHA.....	526	SANITIZER.....	94	CLINIMIX/DEXTROSE	
CITRANATAL ESSENCE...	526	CLEVER CHOICE		(5/20).....	538
CITRANATAL HARMONY...	526	HOLDING CHAMBER.....	399	clinimix/dextrose (6/5)	538
CITRANATAL MEDLEY.....	527	CLEVER CHOICE PEAK		clinimix/dextrose (8/10)	538
CITRANATAL RX.....	527	FLOW METER.....	401	clinimix/dextrose (8/14)	538
citrate of magnesia	457	CLEVIPREX.....	367	Clinisol Sf.....	538
CITROMA.....	457	CLIMARA.....	441	CLINOLIPID.....	537
citrulline easy	112	CLIMARA PRO.....	440	Clinpro 5000.....	175
cladosporium		Clindacin Etz.....	59	clobazam	253
cladosporioides	443	Clindacin-P.....	59	clobetasol prop emollient	
cladosporium		CLINDAGEL.....	59	base	79
sphaerospermum	443	clindamycin hcl	35	clobetasol propionate	79
cladribine	333	clindamycin palmitate hcl ...	35	clobetasol propionate e	79
Claravis.....	98	clindamycin phos-benzoyl		clobetasol propionate	
CLARINEX.....	316	perox	76	emulsion	79
CLARINEX-D 12 HOUR.....	469	clindamycin phosphate		CLOBEX.....	79
Clariscan.....	546	.....	35, 59, 556	CLOBEX SPRAY.....	79
CLARISPRAY.....	148	clindamycin phosphate in		clocortolone pivalate	79
clarithromycin	463	d5w	35	Clodan.....	79
clarithromycin er	463	clindamycin phosphate in		CLODERM.....	79
CLARITIN EYE.....	155	nacl	35	clofarabine	333
classic prenatal	527	clindamycin-tretinoin	76	CLOLAR.....	333
CLEAN & CLEAR PERSA-		CLINDESSE.....	556	clomipramine hcl	262
GEL MAX ST.....	98	CLINICAL NUTRIENTS		clonazepam	253
CLEANLET LANCETS 28G.	415	PRENATAL.....	527	clonidine	303
clear fiber powder	454	CLINIMIX E/DEXTROSE		clonidine hcl	303
clear glass vials 5ml	405	(2.75/5).....	537	clonidine hcl (analgesia) ...	208
CLEARASIL DAILY CLEAR		CLINIMIX E/DEXTROSE		clonidine hcl er	562
ACNE.....	98	(4.25/10).....	537	clopidogrel bisulfate	128
CLEARASIL RAPID		CLINIMIX E/DEXTROSE		clorazepate dipotassium	23
RESCUE DEEP.....	54	(4.25/5).....	537	CLOTOTEKAL.....	232
CLEARASIL RAPID		CLINIMIX E/DEXTROSE		clotrimazole	62, 173, 557
RESCUE SPOT.....	98	(5/15).....	537	clotrimazole 3	557
CLEARCANAL EARWAX		CLINIMIX E/DEXTROSE		clotrimazole af	62
SOFTENER.....	172	(5/20).....	537	clotrimazole anti-fungal	62
CLEARLAX.....	460	clinimix eldextrose (8/10) ..	538	clotrimazole athletes foot ...	62
CLEARSKIN.....	98	clinimix eldextrose (8/14) ..	538	clotrimazole-7	557
clemastine fumarate	311	CLINIMIX/DEXTROSE		clotrimazole-	
CLENPIQ.....	453	(4.25/10).....	538	betamethasone	61
CLEOCIN.....	35, 556	CLINIMIX/DEXTROSE		clozapine	42
CLEOCIN PHOSPHATE.....	35	(4.25/5).....	538	CLOZARIL.....	42

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

c-nate dha	527	comfort gel antacid anti-gas	234	CONZIP	220
co monitor	437	comfort lancets	415	cooling	56
COAGADDEX.....	131	COMPACT SPACE		COPAXONE.....	185
COAGUCHEK XS SYSTEM	409	CHAMBER.....	399	COPIKTRA.....	342
coal tar	96	COMPACT SPACE		coral calcium plus	506
COARTEM.....	347	CHAMBER/LG MASK.....	399	CORDRAN.....	79, 80
cocklebur	443	COMPACT SPACE		COREG.....	366
cocoa bean (diagnostic) ...	547	CHAMBER/MED MASK.....	399	COREG CR.....	366
codeine sulfate	220	companion	505	Coremino.....	571
COGENTIN.....	348	COMPETE.....	505	CORGARD.....	364, 365
COLAZAL.....	119	COMPLERA.....	360	CORIFACT.....	131
colchicine	180	complete allergy medicine	311	CORLANOR.....	47
colchicine-probenecid	181	complete allergy relief	311	CORLOPAM.....	300
COLCRYS.....	180	complete daily/lutein	505	corn (syrup)	16
colesevelam hcl	299	complete energy	505	corn pollen	443
COLESTID.....	299, 300	complete moisture	89	CORRECTOL EXTRA	
COLESTID FLAVORED.....	299	complete multi-vitamin	521	GENTLE.....	458
colestipol hcl	300	complete		CORTEF.....	383
colistimethate sodium		multivitamin/mineral	505	CORTENEMA.....	21
(cba)	36	complete natal dha	527	CORTIFOAM.....	21
COLY-MYCIN M.....	36	complete pms support		CORTISPORIN-TC.....	172
COMBIGAN.....	158	complex	505	CORTIZONE-10.....	80
COMBIPATCH.....	440	complete womens	505	CORTIZONE-10	
COMBIVENT RESPIMAT.....	28	completenate	527	DIABETICS SKIN.....	80
COMBIVIR.....	360	complex b-100	500	CORTIZONE-10 ECZEMA....	80
COMETRIQ (100 MG DAILY		complex b-50 prolonged		CORTIZONE-10	
DOSE).....	337	release	500	HYDRATENSIVE.....	80
COMETRIQ (140 MG DAILY		COMPOUND W FOR KIDS... 54		CORTIZONE-10	
DOSE).....	337	Compro.....	43	INTENSIVE HEALING.....	75
COMETRIQ (60 MG DAILY		COMTAN.....	350	CORTIZONE-10 PLUS.....	75
DOSE).....	337	CO-NATAL FA.....	527	CORTIZONE-10/ALOE.....	75
COMFORT ASSIST		CONCEPT DHA.....	527	CORTOSYN.....	544
INSULIN SYRINGE.....	388	CONCEPT OB.....	527	CORVERT.....	238
comfort assured lancets		conception kit	404	COSELA.....	329
28g	415	CONCERTA.....	566	COSENTYX.....	70
comfort assured lancets		condoms	402	COSENTYX (300 MG	
33g	415	CONDYLOX.....	54	DOSE).....	70
COMFORT EZ INSULIN		CONJUPRI.....	367	COSENTYX SENSOREADY	
SYRINGE.....	388	CONRAY.....	545	(300 MG).....	70
comfort gel	234	CONSENSI.....	366	COSENTYX SENSOREADY	
comfort gel antacid & anti-gas	234	constulose	460	PEN.....	70
		CONTRAVE.....	565	COSMEGEN.....	332
				COSOFT.....	158

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

COSOPT PF.....	158	<i>cvs acne cleansing</i>	98	<i>cvs bacitracin</i>	60
<i>cosyntropin</i>	544	<i>cvs acne control cleanser</i> ...	98	<i>cvs bacitracin zinc</i>	60
COTELLIC.....	336	<i>cvs acne foaming face</i>		CVS BALANCED B50.....	498
COTEMPLA XR-ODT.....	566	<i>wash</i>	99	<i>cvs beauty 360 pure</i>	
<i>cough drops</i>	175	<i>cvs acne treatment</i>	99	<i>glycerin</i>	89
<i>cough drops menthol</i>	175	<i>cvs advanced 3-in-1</i>		<i>cvs beauty 360 pure</i>	
COZAAR.....	301	<i>cleanser</i>	99	<i>vitamin e</i>	89
<i>crab (diagnostic)</i>	547	<i>cvs advanced healing</i>	89	<i>cvs beauty 360 shower</i>	
<i>cream base</i>	18	<i>cvs aftersun aloellidocaine</i> .	56	<i>bath oil</i>	96
<i>cream base with liposome</i> ..	18	<i>cvs alcohol prep pads</i>	410	<i>cvs beauty 360 soothing</i>	
CREON.....	552	<i>cvs allergy</i>	311	<i>bath</i>	89
CRESEMBA.....	321	<i>cvs allergy relief</i> 309, 311, 316		<i>cvs budesonide</i>	148
CRESTOR.....	297, 298	<i>cvs allergy relief adult</i>	311	<i>cvs burn relief spray</i>	56
CRINONE.....	559, 560	<i>cvs allergy relief childrens</i>		<i>cvs calcium + d3</i>	486
CROFAB.....	49	.....	311, 316	<i>cvs calcium 600 +</i>	
<i>cromolyn sodium</i> .25, 117, 155		<i>cvs antacid & pain reliever</i>		<i>d/minerals</i>	486
<i>crono syringe</i>	388	.....	214	<i>cvs calcium carbonate</i>	484
CROTAN.....	91	<i>cvs antacid extra strength</i>	236	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	486
CRUEX PRESCRIPTION		<i>cvs antacid plus antigas</i> ...	234	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	
STRENGTH.....	62	<i>cvs antacid supreme</i>	237	<i>petites</i>	486
CRUSH VITAMIN C DROPS		<i>cvs antacid ultra strength</i> .	236	<i>cvs calcium-magnesium-</i>	
.....	581	<i>cvs antacid/anti-gas</i>	234	<i>zinc</i>	486
CRYODOSE TA.....	92	<i>cvs antibiotic</i>	94	<i>cvs callus removers</i>	54
Cryselle-28.....	247	<i>cvs antibiotic pain/scar</i>	94	<i>cvs capsaicin hp</i>	56
CRYSVITA.....	115	<i>cvs anti-dandruff</i>	95	<i>cvs chewable c with rose</i>	
CUBICIN.....	35	<i>cvs anti-diarrheal</i>	284	<i>hips</i>	581
CUBICIN RF.....	35	<i>cvs anti-itch maximum</i>		<i>cvs chewable childrens</i>	
<i>cupric chloride</i>	492	<i>strength</i>	80	<i>vitamin</i>	521
CUPRIMINE.....	375	<i>cvs artificial tears</i>	162	<i>cvs childrens allergy</i>	311
CURITY ALCOHOL PREPS	410	<i>cvs aspirin</i>	216	<i>cvs childrens complete</i>	521
Curity Sterile Saline.....	126	<i>cvs aspirin adult low dose</i>	216	<i>cvs childrens ibuprofen</i>	198
CUROSURF.....	195	<i>cvs aspirin adult low</i>		<i>cvs c-lax laxative</i>	455
<i>curvularia</i>	541	<i>strength</i>	216	<i>cvs clotrimazole</i>	63
CUTAQUIG.....	49	<i>cvs aspirin ec</i>	216	<i>cvs clotrimazole 3</i>	557
<i>cutis plus</i>	18	<i>cvs aspirin low dose</i>	216	<i>cvs corn/callus remover</i>	54
CUTIVATE.....	80	<i>cvs aspirin low strength</i> ...	216	<i>cvs cortisone intense</i>	
CUVITRU.....	49	<i>cvs athletes foot</i>	63	<i>healing</i>	80
CUVPOSA.....	480	<i>cvs athletes foot</i>		<i>cvs cortisone maximum</i>	
<i>cvs acetaminophen</i>	208	<i>(tolnaftate)</i>	67	<i>strength</i>	80
<i>cvs acetaminophen ex st</i> ..	208	<i>cvs athletes foot spray</i>	63	<i>cvs cough drops sugar</i>	
<i>cvs acetaminophen pm ext</i>		<i>cvs b complex plus c</i>	500	<i>free</i>	175
<i>st</i>	449	<i>cvs b-12</i>	138	<i>cvs d3</i>	582
<i>cvs acne</i>	98	<i>cvs b12 quick dissolve</i>	138	<i>cvs daily fiber</i>	454

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>cv's daily multiple for men</i>	506	<i>cv's inner ear plus</i>	498	<i>cv's melatonin gummies</i>	481
<i>cv's daily multiple women</i>		<i>cv's instant hand sanitizer</i>	94	<i>cv's menopause support</i>	497
<i>50+</i>	506	<i>cv's iron</i>	140	<i>cv's menstrual relief</i>	213
<i>cv's dairy relief</i>	552	<i>cv's itch relief</i>	63	<i>cv's miconazole 1 combo pack</i>	557
<i>cv's diaper rash</i>	73	CVS KETONE CARE	543	<i>cv's miconazole 1 combo-wipes</i>	557
<i>cv's diclofenac sodium</i>	52	<i>cv's lactase enzyme ultra str</i>	552	<i>cv's miconazole 3 combo pack</i>	557
<i>cv's dry skin therapy</i>	89	<i>cv's lancets 21g</i>	415	<i>cv's miconazole 3 combo-suppl</i>	557
<i>cv's e</i>	584	<i>cv's lancets micro thin 33g</i>	415	<i>cv's miconazole 7</i>	557
<i>cv's eczema anti-itch</i>	80	<i>cv's lancets original</i>	415	<i>cv's moisturizing</i>	89
<i>cv's electrolyte solution</i>	489	<i>cv's lancets thin 26g</i>	415	<i>cv's motion sickness</i>	290
<i>cv's epsom salt</i>	457	<i>cv's lancets ultra thin 30g</i>	415	<i>cv's motion sickness ii</i>	290
<i>cv's esomeprazole magnesium</i>	475	<i>cv's lancets ultra-thin 30g</i>	415	<i>cv's motion sickness less drows</i>	290
<i>cv's ethyl alcohol</i>	560	<i>cv's lancing device</i>	415	<i>cv's motion sickness relief</i>	290
<i>cv's extra moisturizing</i>	89	<i>cv's lansoprazole</i>	475	<i>cv's mucus extended release</i>	471
<i>cv's eye allergy relief</i>	160	<i>cv's laxative pills max st</i>	455	<i>cv's nasal allergy spray</i>	148
<i>cv's eye drops</i>	160	<i>cv's lice killing</i>	74	<i>cv's nasal decongestant</i>	146
<i>cv's fever reducing childrens</i>	208	CVS LICE SOLUTION	74	<i>cv's natural tears pf</i>	162
<i>cv's fluticasone propionate</i>	148	<i>cv's lice treatment</i>	91	<i>cv's nausea relief</i>	292
<i>cv's foaming acne face wash</i>	99	<i>cv's lice-bedbug-mite</i>	91	<i>cv's niacin flush free</i>	496
<i>cv's foot & sneaker</i>	67	<i>cv's lidocaine maximum strength</i>	56	<i>cv's nicotine</i>	190
<i>cv's gas relief</i>	121	<i>cv's lidocaine pain relief maxs</i>	56	<i>cv's nicotine polacrilex</i>	190
<i>cv's gentle laxative</i>	455	<i>cv's lubricant drops</i>	168	<i>cv's nighttime dry-eye relief</i>	162
<i>cv's gentle skin cleanser</i>	89	<i>cv's lubricant drops fast act</i>	162	<i>cv's non-aspirin headache pm</i>	449
<i>cv's genuine aspirin</i>	216	<i>cv's lubricant drops long last</i>	162	<i>cv's olopatadine hcl</i>	156
<i>cv's glucose</i>	280, 281	<i>cv's lubricant eye drops</i>	162, 168	<i>cv's omeprazole</i>	475
<i>cv's glucose bits</i>	281	<i>cv's lubricant eye drops (pf)</i>	162, 168	<i>cv's omeprazole magnesium</i>	475
<i>cv's glycerin adult</i>	460	<i>cv's lubricating eyelovernight</i>	162	<i>cv's omeprazole-sod bicarbonate</i>	474
<i>cv's gummy dinos</i>	521	<i>cv's lubricating dry eye</i>	162	<i>cv's one daily essential</i>	506
<i>cv's gummy multivitamin kids</i>	522	<i>cv's magnesium</i>	492	<i>cv's one daily mens formula</i>	506
<i>cv's hemorrhoidal</i>	20	<i>cv's magnesium citrate</i>	457	<i>cv's one daily womens formula</i>	506
<i>cv's hydrating skin treatment</i>	89	<i>cv's magnesium oxide</i>	492		
<i>cv's hydrocortisone anti-itch</i>	80	<i>cv's medicated heat patch</i>	56		
<i>cv's hydrocortisone max st</i>	81	<i>cv's melatonin</i>	481		
<i>cv's ibuprofen childrens</i>	198	<i>cv's melatonin extra strength</i>	481		
<i>cv's infants pain relief drops</i>	208				

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>cvx oyster shell calcium-vit d</i>	486	<i>cvx urinary pain relief max st</i>	124	<i>d-1000</i>	582
<i>cvx pain & fever childrens</i>	208	<i>cvx vitamin b-12</i>	138	<i>d3 high potency</i>	582
<i>cvx pain & fever infants</i>	208	<i>cvx vitamin d3</i>	582	<i>d3 kids</i>	582
<i>cvx pain relief</i>	56	<i>cvx vitamin e</i>	584	<i>d-400</i>	582
<i>cvx ped electrolyte freeze pop</i>	489	<i>cvx vitamin e moisturizing</i> ..	89	DACOGEN.....	333
<i>cvx pediatric electrolyte</i>	489	<i>cvx wart remover</i>	54	<i>dactinomycin</i>	332
<i>cvx pinworm treatment</i>	295	<i>cvx womens active daily</i> ...	506	<i>daily betic</i>	506
<i>cvx poly bacitracin</i>	94	<i>cvx womens prenatal+dha</i>	527	<i>daily combo multi vitamins</i>	506
<i>cvx potassium gluconate</i> ..	492	<i>cvx zinc oxide</i>	73	<i>daily fiber</i>	454
<i>cvx prenatal</i>	527	<i>cyanocobalamin</i>	138	<i>daily mens health formula</i>	506
<i>cvx prenatal gummy</i>	527	CYANOKIT.....	288	<i>daily multi</i>	507
<i>cvx prenatal multi+dha</i>	527	Cyclafem 1/35.....	247	<i>daily multi 50+</i>	507
<i>cvx prep</i>	410	Cyclafem 7/7/7.....	245	<i>daily multiple vitamins</i>	494
CVS PURELAX.....	460	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	177	<i>daily multiple vitaminsliron</i>	502
<i>cvx quality sleep</i>	481	<i>cyclobenzaprine hcl er</i>	177	<i>daily multiple vitaminslmin</i>	507
<i>cvx ringworm</i>	63	CYCLOGYL.....	169	<i>daily multivitamin</i>	507
<i>cvx rubbing alcohol</i>	560	CYCLOMYDRIL.....	164	<i>daily value multivitamin</i> ...	494
<i>cvx sleepaid (diphenhydramine)</i>	449	<i>cyclopentolate hcl</i>	169	<i>daily vitamin</i>	494
<i>cvx sleep-aid nighttime</i>	449	<i>cyclophosphamide</i>	345	<i>daily vitamin formula+iron</i>	502
<i>cvx slow release iron</i>	140	<i>cycloserine</i>	37	<i>daily vitamin formula+minerals</i>	507
<i>cvx soft glucose</i>	281	CYCLOSET.....	271	<i>daily vitamin plus</i>	507
<i>cvx sore throat spray</i>	174	<i>cyclosporine</i>	376	<i>daily vitamins</i>	494
<i>cvx spectravite advanced</i> ..	506	<i>cyclosporine modified</i>	376	<i>daily vite</i>	494
<i>cvx spectravite men</i>	506	CYKLOKAPRON.....	143	<i>daily vite multivitaminliron</i>	502
<i>cvx spectravite men 50+</i> ...	506	CYMBALTA.....	268, 269	<i>daily vites</i>	494
<i>cvx spectravite senior</i>	506	<i>cyproheptadine hcl</i>	320	<i>daily womens health formula</i>	507
<i>cvx spectravite ultra mens</i>	506	CYRAMZA.....	344	<i>daily-vitamin</i>	494
<i>cvx spectravite women</i>	506	Cyred.....	247	<i>daily-vitamin maximum formula</i>	507
<i>cvx spectravite women 50+</i>	506	Cyred Eq.....	247	<i>daily-vitaminliron</i>	502
<i>cvx spectravite womens senior</i>	506	CYSTADANE.....	113	<i>daily-vite</i>	495
<i>cvx stomach relief</i>	284	CYSTADROPS.....	169	<i>daily-vite multivitamin</i>	494
<i>cvx stomach relief max st</i> ..	284	CYSTAGON.....	124	<i>dairy digestive</i>	552
<i>cvx stool softener</i>	458	CYSTARAN.....	169	<i>dairy digestive supplement</i>	552
<i>cvx stress formula/zinc</i>	500	CYSTO-CONRAY II.....	545	<i>dairy digestive ultra</i>	552
<i>cvx tioconazole 1</i>	557	CYSTOGRAFIN.....	545	<i>dairy-digestive</i>	552
<i>cvx tussin dm max st</i>	466	CYSTOGRAFIN-DILUTE....	545		
<i>cvx ultra thin lancets</i>	415	CYSVIEW.....	544		
		CYTOGAM.....	49		
		CYTOMEL.....	196		
		CYTOTEC.....	478		
		<i>d 400</i>	582		
		D.H.E. 45.....	556		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>dalfampridine er</i>	185	DEFLUX METAL NEEDLE ..	388	<i>desflurane</i>	231
DALIRESP	31	DELESTROGEN	441	<i>desipramine hcl</i>	262
DALVANCE.....	34	DELFLEX-LC/1.5%		DESITIN MULTI-PURPOSE	
<i>danazol</i>	228	DELTROSE.....	378	HEALING.....	101
<i>dandelion</i>	443	DELFLEX-LC/2.5%		<i>desloratadine</i>	316
<i>dandruff shampoo</i>	95	DELTROSE.....	378	<i>desmopressin ace spray</i>	
DANTRIUM.....	179	DELFLEX-LC/4.25%		<i>refrig</i>	115
<i>dantrolene sodium</i>	179	DELTROSE.....	378	<i>desmopressin acetate</i>	115
DANYELZA.....	324	DELFLEX-SM/1.5%		<i>desmopressin acetate pf.</i>	115
<i>dapsone</i>	33, 59	DELTROSE.....	379	<i>desmopressin acetate</i>	
DAPTACEL.....	572	DELFLEX-SM/2.5%		<i>spray</i>	115
DARAPRIM.....	346	DELTROSE.....	379	<i>desogestrel-ethinyl</i>	
<i>darifenacin hydrobromide</i>		DELSTRIGO.....	360	<i>estradiol</i>	241, 247
<i>er</i>	293	DELSYM CGH/CHEST		<i>desonide</i>	81
DARZALEX.....	324	CONG DM CHILD.....	466	DESOWEN.....	81
DARZALEX FASPRO.....	340	<i>delta d3</i>	582	<i>desoximetasone</i>	81
Dasetta 1/35.....	247	Delyla.....	247	DESOXYN.....	563
Dasetta 7/7/7.....	245	DELZICOL.....	119	Desrx.....	81
DATSCAN.....	548	<i>demeclocycline hcl</i>	571	<i>desvenlafaxine er</i>	269
<i>daunorubicin hcl</i>	332	DEMEROL.....	220	<i>desvenlafaxine succinate</i>	
DAURISMO.....	336	DEM SER.....	300	<i>er</i>	269
DAYHIST ALLERGY 12		DENAVIR.....	72	DETECTNET.....	548
HOUR RELIEF.....	311	Denta 5000 Plus.....	175	DETROL.....	293
DAYPRO.....	198	Dentagel.....	175	DETROL LA.....	293
Daysee.....	242	<i>dental needle</i>	405	DEX4.....	280
<i>daytime cough</i>	468	DEPAKOTE.....	252	DEX4 GLUCOSE.....	280
DAYTRANA.....	566	DEPAKOTE ER.....	252	DEX4 NATURALS.....	280
DAYVIGO.....	452	DEPAKOTE SPRINKLES....	252	DEX4 POUCH PACK.....	280
D-CARE BLOOD GLUCOSE		DEPEN TITRATABS.....	375	DEX4 QUICK DISSOLVE	
.....	542	DEPO-ESTRADIOL.....	441	GLUCOSE.....	281
D-CARE GLUCOMETER....	415	DEPO-MEDROL.....	383	<i>dexamethasone</i>	383
DDAVP.....	115	DEPO-PROVERA.....	244	DEXAMETHASONE	
DDAVP PF.....	115	DEPO-SUBQ PROVERA		INTENSOL.....	383
Deblitane.....	245	104.....	244	<i>dexamethasone sod phos-</i>	
Decadron.....	383	DEPO-TESTOSTERONE....	229	<i>nacl</i>	383
<i>decongestant</i>	146	DERMAREST ECZEMA.....	81	<i>dexamethasone sod</i>	
<i>deferasirox</i>	287	DERMA-SMOOTH/FS		<i>phosphate pf</i>	383
<i>deferasirox granules</i>	287	BODY.....	81	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>deferiprone</i>	287	DERMOTIC.....	173	<i>phosphate</i>	165, 383
<i>deferroxamine mesylate</i>	288	DESCOVY.....	360	<i>dexamethasone-</i>	
DEFINITY.....	546	DESENX.....	63	<i>moxifloxacin</i>	161
DEFITELIO.....	127	DESENX JOCK ITCH.....	63	<i>dexameth-moxiflox-</i>	
DEFLUX.....	125	DESFERAL.....	287	<i>ketorolac</i>	161

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

DEXCOM G4 PLAT PED RCV/SHARE.....416	dextrose 5%/electrolyte #48.....490	diazepam 23, 253 Diazepam Intensol.....23
DEXCOM G4 PLAT PED RECEIVER..... 416	dextrose in lactated ringers 490	diazoxide 281 DIBENZYLINE.....300
DEXCOM G4 PLATINUM RCV/SHARE.....416	dextrose-nacl 490	DICLEGIS.....292
DEXCOM G4 PLATINUM RECEIVER..... 416	dextrose-sodium chloride.....490	diclofenac epolamine 52
DEXCOM G4 PLATINUM TRANSMITTER..... 416	DEXYCU.....165	diclofenac potassium 198
DEXCOM G4 SENSOR.....416	dha 539	diclofenac sodium 52, 70, 154, 198
DEXCOM G5 MOB/G4 PLAT SENSOR..... 416	dha complete 539	diclofenac sodium er 198
DEXCOM G5 MOBILE RECEIVER..... 416	dha natural omega-3 539	diclofenac-misoprostol 205
DEXCOM G5 MOBILE TRANSMITTER..... 416	DHIVY.....348	dicloxacillin sodium 541
DEXCOM G5 RECEIVER KIT..... 416	diabetes health formula 507	dicyclomine hcl.....473
DEXCOM G6 RECEIVER...416	DIABETIC TUSSIN ALLERGY..... 309	diethylpropion hcl 565
DEXCOM G6 SENSOR.....416	DIABETIC TUSSIN EX..... 471	diethylpropion hcl er 565
DEXCOM G6 TRANSMITTER..... 416	DIABETIC TUSSIN SORE THROAT..... 174	DIFFERIN..... 99
DEXEDRINE.....563	DIACOMIT..... 255	DIFICID.....464
DEXILANT.....475	dialysis safety syringelneedle 388	diflorasone diacetate.....81
dexmedetomidine hcl 452, 453	dialyvite 800/ultra d 507	DIFLUCAN.....321
dexmedetomidine hcl in nacl 452	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX.....582	diflunisal.....216
dexmedetomidine hcl- dextrose.....452	DIANEAL LOW CALCIUM/1.5% DEX..... 379	difluprednate 165
dexmethylphenidate hcl ...566	DIANEAL LOW CALCIUM/2.5% DEX..... 379	DIGIFAB..... 288
dexmethylphenidate hcl er 566	DIANEAL LOW CALCIUM/4.25% DEX..... 379	Digitek.....371
dexpanthenol 123	DIANEAL PD-2/1.5% DEXTROSE..... 379	Digox..... 371
dexrazoxane hcl.....330	DIANEAL PD-2/2.5% DEXTROSE..... 379	digoxin 371
DEXTENZA..... 165	DIANEAL PD-2/4.25% DEXTROSE..... 379	dihydroergotamine mesylate 556
dextroamphetamine sulfate 563	diarrhea 284	DILANTIN..... 261
dextroamphetamine sulfate er.....563	DIASTAT ACUDIAL.....253	DILANTIN INFATABS.....261
dextromethorphan- guaifenesin.....466	DIASTAT PEDIATRIC..... 253	DILAUDID.....220
dextrose.....536	DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30..... 416	diltiazem hcl 368
	DIATHRIVE LANCETS.....416	diltiazem hcl er.....368
	DIATHRIVE LANCING DEVICE..... 416	diltiazem hcl er beads 368
		diltiazem hcl er coated beads 368
		diltiazem hcl-dextrose.....368
		diltiazem hcl-sodium chloride.....368
		dilt-xr.....368
		diluent for treprostinil 17
		dimenhydrinate.....290
		dimethyl fumarate 184

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

dimethyl fumarate starter pack	184	DOLOGESIC PAIN RELIEF ROLL-ON.....	56	DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G.....	416
DINO-LIFE.....	522	donepezil hcl	188	DROPLET LANCING DEVICE.....	417
DINO-LIFE W/EXTRA C.....	522	dopamine hcl	371	DROPLET PEN NEEDLES.....	388
diotame instydose	284	dopamine in d5w	371	DROPLET PERSONAL LANCETS 30G.....	417
DIOVAN.....	301	DOPRAM.....	563	drospiren-eth estrad-levomefol	248
DIOVAN HCT.....	305	DOPTelet.....	137	drospirenone-ethinyl estradiol	248
DIPENTUM.....	119	DORAL.....	450	DROXIA.....	135
diphen	311	DORYX.....	571	droxidopa	577
diphenhist	311	DORYX MPC.....	571	DRS CHOICE CORN/CALLUS REMOVER..	54
diphenhydramine hcl	312	dorzolamide hcl	167	drug mart lancets thin 26g	417
diphenhydramine hcl (sleep)	449	dorzolamide hcl-timolol mal	158	DRUG MART LANCING DEVICE.....	417
diphenoxylate-atropine	104	dorzolamide hcl-timolol mal pf	158	DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G.....	417
diphtheria-tetanus toxoids dt	572	DOTAREM.....	546	DRUG MART UNILET LANCETS 28G.....	417
DIPRIVAN.....	230	DOTATOC GA 68.....	549	DRUG MART UNILET LANCETS 30G.....	417
DIPROLENE.....	81	Dotti.....	441	DRUG MART UNILET LANCETS 33G.....	417
DIPROLENE AF.....	81	DOULEURIN.....	76	drxchoice gas relief	121
dipyridamole	129, 544	DOVATO.....	360	DRY EYE FORMULA.....	507
DISCOVISC.....	164	DOVONEX.....	71	dry eye relief drops	162
disney cars gummies	522	doxazosin mesylate	303	dry skin treatment adv therapy	89
disney princess gummies	522	doxepin hcl ...71, 262, 263, 453		dss	458
disopyramide phosphate	237	doxercalciferol	114	DSUVIA.....	220
disulfiram	190	DOXIL.....	332	DUAKLIR PRESSAIR.....	29
DITROPAN XL.....	293	Doxy 100.....	571	DUAVEE.....	440
DIURIL.....	439	doxycycline	53	DUET DHA 400.....	527
divalproex sodium	253	doxycycline hyclate	571	DUET DHA BALANCED.....	527
divalproex sodium er	253	doxycycline monohydrate	571	DUETACT.....	273
DIVIGEL.....	441	doxylamine-pyridoxine	292	DUEXIS.....	205
DML.....	89	DR GS CLEAR NAIL.....	67	DULCOLAX.....	457
dmsa	548	DR SCHOLLS CALLUS REM/DURAGEL.....	54	DULCOLAX MILK OF MAGNESIA.....	457
dobutamine hcl	371	DRCAPS SIZE 00.....	14		
dobutamine in d5w	371	DRCAPS SIZE 1.....	14		
DOCTORS CHOICE MEN.....	507	drechslera	443		
DOCU LIQUID.....	458	DRISDOL.....	582		
docusate sodium	458	DRIZALMA SPRINKLE.....	269		
dofetilide	238	dronabinol	291		
dog epithelium	443	droperidol	22		
dog fennel	443	DROPLET INSULIN SYRINGE.....	388		
DOJOLVI.....	537				
DOK.....	458				
Dolishale.....	242				

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

DULCOLAX PINK STOOL SOFTENER.....	458	e400	584	EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST.....	417
DULCOLAX STOOL SOFTENER.....	458	e-400	584	EASY TOUCH LANCETS 32G.....	417
DULERA.....	29	e-400-clear	584	EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST.....	417
duloxetine hcl	269	ear wax removal system ...	172	EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST.....	418
DUOBRII.....	75	earwax removal	172	EASY TOUCH LANCING DEVICE.....	418
DUODOTE.....	288	earwax removal kit	172	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G.....	418
DUOPA.....	348	EASIVENT.....	399	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G.....	418
DUOVISC.....	164	EASIVENT MASK LARGE..	399	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G.....	418
DUPIXENT.....	88	EASIVENT MASK MEDIUM	399	EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G.....	418
DURABASE.....	18	EASIVENT MASK SMALL...	399	EASY TOUCH SAFETY SYRINGE.....	389
DURABASE ADVANCED.....	18	eastern cottonwood	443	EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	389, 390, 409
DURACLON.....	208	easy comfort insulin syringe	388	EASY TOUCH TB FLIPLOCK SYRINGE.....	390
duramorph	220	easy iron	140	EASY TOUCH TB SHEATHLOCK SYR.....	390
DUREX EXTRA SENSITIVE	402	EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM.....	410	EASYGEL.....	175
DUREX REALFEEL.....	402	EASY TOUCH ALLERGY SYRINGE.....	388	easy-lax	458
DUREZOL.....	165	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY.....	388	EASYPOINT NEEDLE/SYRINGE.....	390
DURLAZA.....	129	EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR.....	389	EC-NAPROSYN.....	198
DUROLANE.....	179	EASY TOUCH FLURINGE..	389	ec-naproxen	198
DURYSTA.....	170	EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK.....	389	econazole nitrate	63
dust mite mixed allergen ext	448, 542	EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK.....	389	ECONTRA EZ.....	243
dutasteride	126	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	389	ECONTRA ONE-STEP.....	243
dutasteride-tamsulosin hcl	126	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	389	ECOTEST COVID-19 RAPID TEST.....	543
DUTOPROL.....	306	EASY TOUCH LANCETS 21G.....	417	ECOTRIN LOW STRENGTH	216
d-vite pediatric	583	EASY TOUCH LANCETS 23G.....	417	ECOZA.....	63
DX1 ORAGENOMIC DNA SCREEN.....	542	EASY TOUCH LANCETS 26G.....	417	e-cream complex	90
DX2 ORAGENOMIC DNA SCREEN.....	542	EASY TOUCH LANCETS 28G.....	417	ed chlorped jr	310
DYANAVEL XR.....	564	EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST.....	417		
dye-free allergy relief	312	EASY TOUCH LANCETS 30G.....	417		
DYMISTA.....	146				
DYRENIUM.....	438				
e 1000	584				
E.E.S. 400.....	463				
E.E.S. GRANULES.....	463				
e-1000	584				
e200	584				
e-200	584				

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>ed-apap</i>	208	EMBRACE SEIZURE	<i>empty capsule size 1</i>
EDARBI.....	301	MONITORING SYS.....	<i>yellow</i>
EDARBYCLOR.....	305	EMCYT.....	14
EDECIN.....	438	EMEND.....	<i>empty capsule size 3</i>
<i>edetate disodium</i>	375	EMEND TRI-PACK.....	<i>blacklgrn</i>
EDLUAR.....	451	EMERPHED.....	14
EDURANT.....	357	EMFLAZA.....	<i>empty capsule size 3 blue</i>
<i>efavirenz</i>	357	EMGALITY.....	<i>opq</i>
<i>efavirenz-emtricitab-</i>		EMGALITY (300 MG DOSE)	14
<i>tenofovir</i>	360	.....	<i>empty capsule size 3</i>
<i>efavirenz-lamivudine-</i>		Emoquette.....	<i>blue/wht</i>
<i>tenofovir</i>	361	EMPAVELI.....	14
<i>effaclor duo</i>	99	EMPLICITI.....	<i>empty capsule size 3 dark</i>
<i>effervescent antacid/pain</i>	214	<i>empty capsule size 0</i>	<i>grn</i>
<i>effervescent pain relief</i>	214	<i>purpl/wht</i>	14
EFFEXOR XR.....	269	<i>empty capsule size 0</i>	<i>empty capsule size 3</i>
EFFIENT.....	128	<i>whitelopa</i>	14
EFUDEX.....	61	<i>empty capsule size 00 blue</i>	<i>greylyllw</i>
<i>egg white (diagnostic)</i>	547	<i>opq</i>	14
EGRIFTA SV.....	109	<i>empty capsule size 1 drk</i>	<i>empty capsule size 3</i>
ELAPRASE.....	112	<i>green</i>	14
ELCYS.....	536	<i>empty capsule size 1</i>	<i>oliv/clr</i>
ELDERTONIC.....	500	<i>greypink</i>	15
ELELYSO.....	137	<i>empty capsule size 1</i>	<i>empty capsule size 3</i>
ELEPSIA XR.....	255	<i>grnlorange</i>	15
ELESTRIN.....	441	<i>empty capsule size 1</i>	<i>pink/blue</i>
<i>eletriptan hydrobromide</i> ...	553	<i>grnlwhite</i>	15
ELIDEL.....	93	<i>empty capsule size 1 ivory</i>	<i>empty capsule size 3</i>
Elinest.....	248	<i>empty capsule size 1</i>	<i>pinklwh</i>
ELIQUIS.....	241	<i>maroon/clr</i>	15
ELIQUIS DVT/PE STARTER		<i>empty capsule size 1</i>	<i>pinklyllw</i>
PACK.....	241	<i>orgelyllw</i>	15
ELITEK.....	340	<i>empty capsule size 1</i>	<i>empty capsule size 3</i>
ELITE-OB.....	527	<i>pink/clr</i>	15
ELIXOPHYLLIN.....	31	<i>empty capsule size 1</i>	<i>purple</i>
ELLA.....	243	<i>pinklyllw</i>	15
ELLECE.....	332	<i>empty capsule size 1</i>	<i>empty capsule size 3</i>
ELLIOTTS B.....	490	<i>red/blue</i>	15
ELMIRON.....	124	<i>empty capsule size 1 veg</i>	<i>empty capsule size 3</i>
ELOCTATE.....	131	<i>clear</i>	15
Eluryng.....	252	<i>empty capsule size 1</i>	<i>whitelopa</i>
ELZONRIS.....	339	<i>whitelopa</i>	14
			<i>empty capsule size 3</i>
			<i>yellow/clr</i>
			15

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

empty capsule size 4 red/white	15	ENTYVIO.....	120	eq allergy relief childrens	312, 316
empty capsule size 4 yellow	15	enulose	116	eq antacid	236
EMSAM.....	265	ENVARUSUS XR.....	378	eq antacid maximum strength	234
emtricitabine	358	e-oil	90	eq antacid/anti-gas	234
emtricitabine-tenofovir df	361	e-ointment	90	eq antifungal	63
EMTRIVA.....	358, 359	EOVIST.....	546	eq aspirin	216
EMVERM.....	295	EPANED.....	307	eq aspirin adult low dose	216
enalapril maleate	307	EPCLUSA.....	354	eq aspirin low dose	216
enalaprilat	307	ephedrine sulfate	578	eq athletes foot	63
enalapril-hydrochlorothiazide	308	ephedrine sulfate (pressors).....	578	eq athletes foot (terbinafine)	67
ENBRACE HR.....	527	ephedrine sulfate-nacl	578	eq athletes foot (tolnaftate)	67
ENBREL.....	203	epicoccum	443	eq bacitracin zinc	60
ENBREL MINI.....	203	epicoccum nigrum	443	eq budesonide nasal	148
ENBREL SURECLICK.....	203	EPICORD.....	102	eq calcium	
ENDARI.....	137	EPIDIOLEX.....	255	600+d+minerals	486
ENDO AVITENE.....	144	EPIDUO.....	76	eq calcium citrate+d3	486
Endocet.....	227	EPIDUO FORTE.....	77	eq calcium citrate+d3 petites	486
ENDUR-B.....	500	EPIFIX.....	102	eq capsaicin patch	56
enema	462	EPIFIX MICRONIZED.....	102	eq chlortabs	310
enema pediatric	462	EPIFOAM.....	75	EQ CLEARLAX.....	460
ENFAMIL EXPECTA.....	528	epinastine hcl	156	eq cold flu & sore throat	465
ENGERIX-B.....	574	epinephrine	577, 578	eq complete multivit adult 50+	507
ENHERTU.....	332	epinephrine (anaphylaxis)	577	eq complete multivitamin child	522
ENLITE GLUCOSE SENSOR.....	418	epinephrine hcl	153	eq daily fiber	454
ENLITE SERTER.....	407	epinephrine hcl-nacl	578	eq diaper rash	73
ENOVATIZER GEL.....	94	epinephrine pf	578	eq ear drops	172
enoxaparin sodium	240, 241	epinephrine-dextrose	578	eq enema	462
Enpresse-28.....	245	epinephrine-nacl	578	eq esomeprazole magnesium	475
Enskyce.....	248	EPIPEN 2-PAK.....	577	eq eye allergy relief	160
ENSPRYNG.....	382	EPIPEN JR 2-PAK.....	577	eq eye itch relief	156
ENSTILAR.....	75	Epitol.....	255	eq famotidine max st	479
entacapone	350	EPIVIR.....	359	eq fiber therapy	454
entecavir	353	EPIVIR HBV.....	353	eq gas relief extra strength	121
ENTERAGAM.....	550	eplerenone	302	eq headache relief	214
ENTEREG.....	121	EPOGEN.....	136	eq hydrocortisone	81
ENTOCORT EC.....	383	epoprostenol sodium	47		
ENTRESTO.....	45	eptifibatide	130		
ENTRISTAR PEG		EPZICOM.....	361		
ENTERAL CONNECT.....	404	eq 12 hour mucus relief	471		
		eq all day pain relief	199		
		eq allergy childrens	316		
		eq allergy relief ..	148, 312, 316		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>eq hydrocortisone max st</i>	81	<i>eq stool softener</i>	458	<i>eql century mature women</i>	
<i>eq hydrogen peroxide</i>	351	<i>eq tioconazole 1</i>	557	<i>50+</i>	507
<i>eq ibuprofen childrens</i>	199	<i>eq tussin dm max adult</i>	466	<i>eql child multivit/minerals</i>	522
<i>eq infants gas relief</i>	121	<i>eq tussin dm max daytime</i>	467	<i>eql childrens allergy</i>	312
<i>eq jock itch</i>	63	<i>eq urinary pain relief max</i>		<i>eql childrens ibuprofen</i>	199
<i>eq lansoprazole</i>	475	<i>st</i>	124	<i>EQL CLEARLAX</i>	460
<i>eq laxative maximum</i>		<i>eq vision formula 50+</i>	507	<i>eql color lancets 21g</i>	418
<i>strength</i>	455	<i>eq vitamins a & d</i>	90	<i>eql color lancets micro</i>	
<i>eq lice killing max st</i>	74	<i>eql absolute moisture dry</i>		<i>33g</i>	418
<i>eq lidocaine pain relieving</i> ..	56	<i>skin</i>	90	<i>eql cough dm</i>	468
<i>eq loratadine</i>	317	<i>eql acetaminophen</i>	209	<i>eql cough drops</i>	175
<i>eq loratadine childrens</i>	317	<i>eql acetaminophen</i>		<i>eql eye drops</i>	164
<i>eq lubricant eye drops</i>	162	<i>childrens</i>	209	<i>eql eye drops ac</i>	160
<i>eq miconazole 1</i>	557	<i>eql acetaminophen infants</i>		<i>eql fiber laxative</i>	454
<i>eq miconazole 7 day</i>		<i>.....</i>	209	<i>eql fiber supplement</i>	454
<i>treatment</i>	557	<i>eql advanced healing</i>	90	<i>eql fiber therapy</i>	454
<i>eq motion sickness relief</i> ..	290	<i>eql advanced relief</i>	160	<i>eql fluticasone childrens</i> ..	148
<i>EQ MUCUS ER</i>	471	<i>eql advanced skin therapy</i> ..	90	<i>eql fluticasone propionate</i>	148
<i>eq mucus relief dm</i>	466	<i>eql allergy</i>	310, 312	<i>eql gas gone</i>	121
<i>eq multivitamin gummies</i> ..	522	<i>eql allergy relief</i>	312, 317	<i>eql gummies childrens</i>	522
<i>eq multivitamins gummy</i>		<i>eql allergy relief childrens</i>	312	<i>eql hand sanitizer</i>	94
<i>child</i>	522	<i>eql aloe after sun</i>	90	<i>eql hand sanitizer</i>	
<i>eq naproxen sodium</i>	199	<i>eql antacid advanced max</i>		<i>advanced</i>	94
<i>eq nasal allergy</i>	148	<i>st</i>	234	<i>eql hand sanitizer/aloe</i>	94
<i>eq natural vegetable</i>		<i>eql antacid/anti-gas</i>	234	<i>eql hemorrhoidal</i>	21
<i>laxative</i>	455	<i>eql antifungal</i>	63	<i>eql hydrating beauty</i>	101
<i>eq nicotine</i>	191	<i>eql antifungal (tolnaftate)</i>	67	<i>eql insulin syringe</i>	390
<i>eq nicotine polacrilex</i>	191	<i>eql anti-itch intensive heal</i> ..	82	<i>eql iron supplement</i>	
<i>eq nicotine step 3</i>	191	<i>eql anti-itch maximum</i>		<i>therapy</i>	140
<i>eq omeprazole</i>	475	<i>strength</i>	82	<i>eql lansoprazole</i>	475
<i>eq omeprazole magnesium</i>		<i>eql aspirin ec</i>	216	<i>eql laxative maximum</i>	
<i>.....</i>	475	<i>eql aspirin low dose</i>	216	<i>strength</i>	455
<i>eq pain & fever childrens</i> ..	208	<i>eql athletes foot</i>	63	<i>eql lice killing max st</i>	74
<i>eq pain & fever infants</i>	208	<i>eql b-12</i>	138	<i>eql medicated dandruff</i>	95
<i>eq pain relief/rapid burst</i> ..	208	<i>eql bacitracin zinc</i>	60	<i>eql miconazole 3</i>	557
<i>eq pain reliever ex st</i>	209	<i>eql biotin</i>	579	<i>eql miconazole 7</i>	557
<i>eq pain relieving</i>	57	<i>eql callus remover extra</i>		<i>eql motion sickness relief</i> ..	290
<i>eq pink-bismuth</i>	284	<i>thick</i>	54	<i>eql mucus-dm</i>	467
<i>eq restore plus lubricant</i>		<i>eql carbonyl iron</i>	140	<i>eql nasal decongestant</i>	147
<i>eye</i>	168	<i>eql century</i>	508	<i>eql natural fiber</i>	454
<i>eq restore tears</i>	168	<i>eql century mature</i>	507	<i>eql niacin flush free</i>	48
<i>eq senna-s</i>	462	<i>eql century mature men</i>		<i>eql nicotine polacrilex</i>	191
<i>eq stomach relief</i>	284	<i>50+</i>	507	<i>eql omeprazole</i>	475

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>eql one daily mens 50+ advance</i>	508	<i>erythromycin base</i>	464	<i>etodolac</i>	199
<i>eql one daily mens health</i>	508	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	464	<i>etodolac er</i>	199
<i>eql one daily womens</i>	502	ESBRIET.....	194	<i>etomidate</i>	230
<i>eql one daily womens 50+ adv</i>	508	<i>escitalopram oxalate</i>	266	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	252
<i>eql prenatal formula</i>	528	Esgic.....	213	ETOPOPHOS.....	344
<i>eql ready-to-use enema</i>	462	ESGIC.....	213	<i>etoposide</i>	344
<i>eql smooth texture fiber</i> ...	454	ESKATA.....	96	<i>etravirine</i>	358
<i>eql stomach relief</i>	285	<i>esmolol hcl</i>	363	EUCRISA.....	93
<i>eql stool softener</i>	458	<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>	363	EUFLEXXA.....	179
<i>eql stool softener/stimulant</i>	462	<i>esomeprazole magnesium</i>	475, 476	Euthyrox.....	196
<i>eql stress b-complex c/zinc</i>	500	<i>esomeprazole sodium</i>	476	EVAMIST.....	441
<i>eql super thin lancets 30g</i>	418	<i>esomeprazole strontium</i> ...	480	EVEKEO.....	564
<i>eql thin lancets 26g</i>	418	ESPEROCT.....	131	EVEKEO ODT.....	564
<i>eql tioconazole-1</i>	557	ESPUMIL.....	18	EVENITY.....	111
<i>eql vitamin d3</i>	583	ESSENTIA.....	508	<i>everolimus</i>	335, 378
<i>eql vitamin d3 gummies</i>	583	<i>essential balance</i>	508	EVERSENSE	
<i>eql vitamin e ultra strength</i>	90	<i>essential one daily multivit</i>	502	SENSOR/HOLDER.....	418
EQUETRO.....	39	<i>essentra wipes 9x9"</i>	410	EVERSENSE SMART	
ERAXIS.....	320	Estarylla.....	248	TRANSMITTER.....	418
<i>ergocalciferol</i>	583	<i>estazolam</i>	450	EVISTA.....	111
<i>ergoloid mesylates</i>	187	ESTER-C.....	497	EVKEEZA.....	295
ERGOMAR.....	556	ESTRACE.....	441, 559	EVOCLIN.....	59
<i>ergotamine-caffeine</i>	556	<i>estradiol</i>	441, 559	EVOMELA.....	345
ERIVEDGE.....	336	<i>estradiol valerate</i>	441	EVOTAZ.....	361
ERLEADA.....	331	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	440	EVOXAC.....	174
<i>erlotinib hcl</i>	327	ESTRING.....	559	EVRYSDI.....	151
Errin.....	245	ESTROGEL.....	441	EXEL COMFORT POINT	
ERTACZO.....	63	ESTROSTEP FE.....	245	INSULIN SYR.....	390
<i>ertapenem sodium</i>	33	<i>eszopiclone</i>	451	EXELDERM.....	64
ERWINASE.....	341	<i>etesevimab</i>	51	EXELON.....	188
<i>ery</i>	59	<i>ethacrynate sodium</i>	439	EXEM.....	546
ERYGEL.....	59	<i>ethacrynic acid</i>	439	<i>exemestane</i>	342
ERYPED 200.....	463	<i>ethambutol hcl</i>	37	EXFORGE.....	304
ERYPED 400.....	463	ETHAMOLIN.....	381	EXFORGE HCT.....	302
Ery-Tab.....	464	<i>ethosuximide</i>	262	EXJADE.....	287
ERYTHROCIN		<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	248	EXKIVITY.....	327
LACTOBIONATE.....	464	ETHYOL.....	330	EX-LAX ULTRA.....	456
ERYTHROCIN STEARATE.	464			EXONDYS 51.....	151
<i>erythromycin</i>	59, 157, 464			EXPAREL.....	231
				EXSERVAN.....	152
				EXTAVIA.....	186
				EXTINA.....	64

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

EXTRANEAL.....	379	FANAPT.....	39	fentanyl cit-ropivacaine-nacl	227
eye allergy itch relief	156	FANAPT TITRATION PACK..	39	fentanyl-bupivacaine-nacl	227
eye allergy itchlredness rel		FANTASY LUBRICATED....	402	FENTORA.....	221
.....	156	FANTASY		FERAHEME.....	141
eye allergy relief	160	LUBRICATED/SPERMICIDE		FERGON.....	141
eye drops	164	.....	402	FEROSUL.....	141
eye drops advanced relief	160	FARESTON.....	332	FERRIPROX.....	287
eye drops ar	160	FARXIGA.....	274	FERRIPROX TWICE-A-DAY	
EYE VITAMINS.....	508	FARYDAK.....	336	.....	287
eyeprotect	508	FASENRA.....	25	FERRLECIT.....	141
EYE-VITES.....	508	FASENRA PEN.....	25	ferrotabs	141
EYLEA.....	155	FASLODEX.....	331	ferrous gluconate	141
EYSUVIS.....	166	FASTEP COVID-19 RAPID		ferrous sulfate	141
E-Z JECT LANCET MICRO-		TEST.....	543	ferrous sulfate er	141
THIN 33G.....	418	fa-vitamin b-6-vitamin b-12		ferumoxytol	141
E-Z JECT LANCET SUPER		.....	138	FETROJA.....	372
THIN 30G.....	418	Fayosim.....	242	FETZIMA.....	269
E-Z JECT LANCETS.....	418	FC FEMALE CONDOM.....	412	FETZIMA TITRATION.....	269
E-Z JECT LANCETS 21G...	418	FC2 FEMALE CONDOM....	412	FEVERALL ADULTS.....	209
E-Z JECT LANCETS THIN		fe tabs	140	FEVERALL CHILDRENS....	209
26G.....	419	febuxostat	181	FEVERALL INFANTS.....	209
EZALLOR SPRINKLE.....	298	FEENAMINT.....	456	FEVERALL JUNIOR	
ezetimibe	297	FEIBA.....	131	STRENGTH.....	209
ezetimibe-rosuvastatin	296	felbamate	260	fe-vite iron	141
ezetimibe-simvastatin	296	FELBATOL.....	260	FEXMID.....	177
E-Z-HD.....	545	FELDENE.....	199	fexofenadine-	
EZ-LETS LANCETS 21G ...	419	felodipine er	368	pseudoephed er	470
EZ-LETS LANCETS 26G ...	419	FEMARA.....	342	FIASP.....	276
EZ-LETS LANCETS 28G ...	419	FEMCAP.....	400	FIASP FLEXTOUCH.....	276
EZ-LETS LANCETS 30G ...	419	FEMHRT.....	440	FIASP PENFILL.....	276
FABIOR.....	99	FEMRING.....	559	fiber	454
FABRAZYME.....	109	Femynor.....	248	fiber laxative + calcium	454
face mask resp n-100 part	412	fenofibrate	296	fiber therapy	454
face mask respirator r-95		fenofibrate micronized	296	FIBERCON.....	454
part	412	fenofibric acid	296	FIBRICOR.....	296
fagron ls plus	18	FENOGLIDE.....	296	FIBRYGA.....	131
Falmina.....	248	fenoprofen calcium	199	FIFTY50 ALCOHOL PREP..	410
famciclovir	353	FENSOLVI (6 MONTH).....	111	FIFTY50 SAFETY SEAL	
famotidine	479	fentanyl	220, 221	LANCETS.....	419
famotidine maximum		fentanyl citrate	220	FIFTY50 SUPERIOR	
strength	479	fentanyl citrate (pf)	220	COMFORT SYR.....	390
famotidine orig st	479	fentanyl citrate pf	220		
famotidine premixed	479	fentanyl citrate-nacl	220		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

FIFTY50 UNILET LANCETS	FLINTSTONES COMPLETE	fluorescein-benoxinate	169
33G.....	.....	FLUORESCITE.....	170
filter/millex-gpl50mm/clear	FLINTSTONES GUMMIES	Fluoridex.....	176
.....	BONE BUILD.....	Fluoridex Daily Renewal.....	176
FINACEA.....	FLINTSTONES PLUS	Fluoridex Enhanced	
finasteride	CALCIUM.....	Whitening.....	176
FINE 30.....	FLINTSTONES W/IRON....	FLUORIDEX SENSITIVITY	
finest nutrition calcium/vit	FLINTSTONES/EXTRA C... 522	RELIEF.....	175
d	FLINTSTONES/MY FIRST..	Fluor-I-Strips A.T.....	170
FINTEPLA.....	FLOLAN.....	fluoritab	491
FIORICET.....	flolipid	fluorometholone	166
FIORICET/CODEINE.....	FLOMAX.....	FLUROPLEX.....	61
FIRAZYR.....	FLORIVA.....	fluorouracil	61
FIRDAPSE.....	FLOVENT DISKUS.....	fluoxetine hcl	266
fire ant	FLOVENT HFA.....	fluoxetine hcl (pmdd)	183
FIRMAGON (240 MG	floxuridine	fluphenazine decanoate	43
DOSE).....	FLUAD QUADRIVALENT....	fluphenazine hcl	43, 44
first aid antibiotic	FLUARIX QUADRIVALENT	flurandrenolide	82
FIRST CARE PAIN RELIEF..	FLUBLOK QUADRIVALENT	FLURA-SAFE.....	170
FIRST-OMEPRAZOLE.....	.....	flurazepam hcl	451
FIRVANQ.....	FLUCELVAX	flurbiprofen	199
Flac.....	QUADRIVALENT.....	flurbiprofen sodium	154
FLAGYL.....	fluconazole	flutamide	331
FLANDERS BUTTOCKS.....	fluconazole in sodium	fluticasone propionate	
FLAREX.....	chloride.....	.....	82, 83, 148
FLAVOR BLEND.....	flucytosine	fluticasone-salmeterol	29
flavor plus	fludeoxyglucose f 18	fluvastatin sodium	298
flavor sweet	fludrocortisone acetate	fluvastatin sodium er	298
flavor sweet-sf	FLULAVAL	fluvoxamine maleate	267
flavoxate hcl	QUADRIVALENT.....	fluvoxamine maleate er	267
FLEBOGAMMA DIF.....	flumazenil	FLUZONE HIGH-DOSE	
flecainide acetate	FLUMIST QUADRIVALENT	QUADRIVALENT.....	575
FLECTOR.....	flunisolide	FLUZONE QUADRIVALENT	
FLEXBUMIN.....	fluocinolone acetamide 82, 173	.....	575
FLEXICHAMBER.....	fluocinolone acetamide	FML.....	166
FLEXICHAMBER ADULT	body	FML FORTE.....	166
MASK/SMALL.....	fluocinolone acetamide	FML LIQUIFILM.....	166
FLEXICHAMBER CHILD	scalp	FOAMIL.....	16
MASK/LARGE.....	fluocinonide	FOCALIN.....	566
FLEXICHAMBER CHILD	fluocinonide emulsified	FOCALIN XR.....	567
MASK/SMALL.....	base	folate	135
FLINSTONES GUMMIES	fluorescein	folding paddle walker	412
OMEGA-3 DHA.....	sodium/benoxinate	FOLGARD OS.....	520

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

FOLGARD RX.....	138	FREEDOM DERMA-N.....	18	GALZIN.....	494
folic acid	135	FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GAMASTAN.....	49
FOLIVANE-OB.....	528	READER.....	419	GAMIFANT.....	382
FOLOTYN.....	333	FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GAMMACORE SAPPHIRE	
FOLTABS 800.....	138	SENSOR.....	419	REFILL KIT.....	401
foltrin	139	FREESTYLE LIBRE 2		GAMMAGARD.....	49
fomepizole	288	READER.....	419	GAMMAGARD S/D LESS	
food color blue	12	FREESTYLE LIBRE 2		IGA.....	49
FOOT REPAIR SERUM.....	67	SENSOR.....	419	GAMMAKED.....	49
FORA LANCETS.....	419	FREESTYLE LIBRE		GAMMAPLEX.....	49
FORA LANCING DEVICE...	419	READER.....	420	GAMUNEX-C.....	49
FORANE.....	231	FREESTYLE UNISTICK II		ganciclovir	352
FORFIVO XL.....	265	LANCETS.....	420	ganciclovir sodium	352
formoterol fumarate	26	fresenius propoven	230	GARDASIL 9.....	575
FORMULA 3 THE		FROVA.....	553	gas relief	121
TREATMENT.....	67	frovatriptan succinate	554	gas relief drops infants	121
FORMULA 7 THE		fruit c	581	gas relief infants	121
SOLUTION.....	67	fruity chews	522	GASTROCROM.....	117
FORTAZ.....	374	fruity chews/iron	522	GASTROGRAFIN.....	545
FORTEO.....	109	FULPHILA.....	139	GAS-X INFANT DROPS.....	121
FORTESTA.....	229	FUNGAL NAIL ERASER.....	67	gatifloxacin	157
FOSAMAX.....	108	fungi-guard	67	GATTEX.....	120
FOSAMAX PLUS D.....	108	FUNGOID TINCTURE.....	64	gavilax	460
fosamprenavir calcium	356	furosemide	439	GAVILYTE-C.....	453
fosaprepitant dimeglumine		furosemide in sodium		Gavilyte-G.....	453
.....	293	chloride	439	Gavilyte-N With Flavor Pack	453
foscarnet sodium	352	fusarium	443	GAVRETO.....	328
FOSCAVIR.....	352	FUZEON.....	356	GAZYVA.....	323
fosfomycin tromethamine ...	31	FYARRO.....	335	GEL-FLOW NT.....	144
fosinopril sodium	307	Fyavolv.....	440	GELFOAM.....	144
fosinopril sodium-hctz	308	FYCOMPA.....	253	GELFOAM COMPRESSED	
fosphenytoin sodium	261	g tussin ac	467	SIZE 100.....	144
FOSRENOL.....	117	gabapentin	255, 256	GELFOAM DENTAL PACK	
FOTIVDA.....	338	GABITRIL.....	261	SIZE 4.....	144
FREAMINE III.....	538	GABLOFEN.....	178	GELFOAM SPONGE.....	144
freds pharmacy autolet		GADAVIST.....	546	GELFOAM SPONGE SIZE	
lancing	419	GALAFOLD.....	109	100.....	144
freds pharmacy unilet lanc		galantamine hydrobromide		GELFOAM SPONGE SIZE	
28g	419	.....	188	200.....	144
freds pharmacy unilet lanc		galantamine hydrobromide		GELFOAM SPONGE SIZE	
30g	419	er	188	50.....	144
freedom derma serum	18	gallium citrate ga 67	549	GELNIQUE.....	294
FREEDOM DERMA-D.....	18	gallium ga 68 psma-11	549	GEL-ONE.....	179

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

GELSYN-3.....	179	GENTEEL PLUS LANCING	GILTUSS HONEY
gemfibrozil	296	DEV(PINK).....	CGH/CHST CHILD.....
Gemmily.....	248	gentle iron	GIMOTI.....
GEMTESA.....	293	gentle laxative	GIVLAARI.....
GENERESS FE.....	248	gentlelax	GLASSIA.....
generlac	116	GENTLE-LET GP LANCETS	glatiramer acetate
Gengraf.....	376	.....	Glatopa.....
GENOTROPIN.....	109, 110	GENTLE-LET LANCETS....	GLEEVEC.....
GENOTROPIN MINIQUICK	109	GENTLE-LET PLATFORMS	GLEOLAN.....
GENTAK.....	157	GENVOYA.....	GLEOSTINE.....
gentamicin in saline	197	GEODON.....	GLIADEL WAFER.....
gentamicin sulfate		GERBER GROW MIGHTY..	glimepiride
.....	60, 157, 197	geri-dryl	glipizide
GENTEAL TEARS.....	171	geri-lanta	glipizide er
GENTEAL TEARS NIGHT-		geri-lanta supreme	glipizide xl
TIME.....	162	geri-mox	glipizide-metformin hcl
GENTEEL BUTTERFLY		geri-pectate	global easy glide insulin
TOUCH LANCET.....	420	geri-tussin	syr
GENTEEL CONTACT TIPS		geri-tussin dm	global inject ease insulin
(BLUE).....	420	gerivite complete	syr
GENTEEL CONTACT TIPS		german cockroach	global insulin syringes
(CLEAR).....	420	GERM-X CITRUS HAND	GLOPERBA.....
GENTEEL CONTACT TIPS		SANITIZER.....	GLUCAGEN DIAGNOSTIC.....
(GREEN).....	420	GERM-X ORIGINAL HAND	GLUCAGEN HYPOKIT.....
GENTEEL CONTACT TIPS		SANITIZER.....	glucagon emergency
(ORANGE).....	420	GETS-IT CORN/CALLUS	glucagon hcl (diagnostic)
GENTEEL CONTACT TIPS		REMOVER.....	GLUCOCOM LANCETS
(RAINBOW).....	420	GIAPREZA.....	28G.....
GENTEEL CONTACT TIPS		GILENYA.....	GLUCOCOM LANCETS
(VIOLET).....	420	GILOTRIF.....	30G.....
GENTEEL CONTACT TIPS		GILPHEX TR.....	GLUCOCOM LANCETS
(YELLOW).....	420	GILTUSS COUGH &	33G.....
GENTEEL LANCING KIT		CHEST.....	GLUCOPRO INSULIN
(BLUE).....	420	GILTUSS COUGH &	SYRINGE.....
GENTEEL NOZZLES.....	420	CHEST CHILDREN.....	GLUCOPRO SYR RES 3ML
GENTEEL PLUS LANCING		GILTUSS COUGH & COLD	22GX3/8".....
(BLACK).....	420	GILTUSS COUGH & COLD	glucose
GENTEEL PLUS LANCING		CHILDRENS.....	glucose instant energy
(PURPLE).....	420	GILTUSS DIABETIC	glucose-vitamin c
GENTEEL PLUS LANCING		COUGH & COLD.....	glucoten
(WHITE).....	420	GILTUSS HONEY	GLUCOTROL XL.....
GENTEEL PLUS LANCING		CGH/CHEST CONGES.....	glutaraldehyde
DEV(BLUE).....	420		glutathione

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

GLUTOSE 15.....	281	<i>gnp allergy relief max st...</i>	312	<i>gnp childrens ibuprofen...</i>	199
GLUTOSE 45.....	281	<i>gnp allergy-d allergy &</i>		GNP CLEARLAX.....	460
GLUTOSE 5.....	281	<i>conges.....</i>	470	<i>gnp clotrimazole 3.....</i>	557
<i>glyburide.....</i>	283	<i>gnp antacid & anti-gas.....</i>	234	<i>gnp cold max severe.....</i>	465
<i>glyburide micronized.....</i>	283	<i>gnp antacid regular</i>		<i>gnp coldflu severe.....</i>	465
<i>glyburide-metformin.....</i>	273	<i>strength.....</i>	234	<i>gnp corn removers.....</i>	55
<i>glycerin (child).....</i>	460	<i>gnp anti-diarrheal.....</i>	104	<i>gnp d 2000.....</i>	583
<i>glycerin (pediatric).....</i>	460	<i>gnp anti-diarrheallanti-gas.....</i>	104	<i>gnp docosanol.....</i>	72
<i>glycerin adult.....</i>	460	<i>gnp anti-gas.....</i>	121	<i>gnp earwax removal kit.....</i>	172
<i>glycerin childrens.....</i>	460	<i>gnp arthritis pain.....</i>	52	<i>gnp epsom salt.....</i>	457
<i>glycine.....</i>	126, 536	<i>gnp artificial tears.....</i>	162	<i>gnp esomeprazole</i>	
<i>glycine urologic.....</i>	126	<i>gnp aspirin.....</i>	217	<i>magnesium.....</i>	476
GLYCOLAX.....	460	<i>gnp aspirin low dose.....</i>	217	<i>gnp essential one daily.....</i>	495
<i>glycopyrrolate.....</i>	480	<i>gnp athletes foot.....</i>	64	<i>gnp ethyl rubbing alcohol.....</i>	560
<i>glycopyrrolate pf.....</i>	473, 480	<i>gnp b-50 complex.....</i>	500	<i>gnp eye drops.....</i>	160, 162
Glydo.....	57	<i>gnp bacitracin zinc.....</i>	60	<i>gnp eye drops long lasting</i>	
GLYNASE.....	283	<i>gnp b-complex plus</i>		.....	162
GLYRX-PF.....	480	<i>vitamin c.....</i>	500	<i>gnp fluticasone propionate</i>	
GLYTACTIN BETTERMILK		<i>gnp budesonide nasal</i>		.....	149
DE-LITE.....	550	<i>spray.....</i>	149	<i>gnp folic acid.....</i>	135
GLYTACTIN BUILD 10PE... 550		<i>gnp burn relief.....</i>	57	<i>gnp gentle laxative.....</i>	456
GLYTACTIN BUILD 20/20		<i>gnp burn relief spray.....</i>	57	<i>gnp glucose.....</i>	280, 281
PKU.....	550	<i>gnp cal mag zinc +d3.....</i>	488	<i>gnp hair/skin/nails.....</i>	508
GLYTACTIN COMPLETE		<i>gnp calcium 500 +d3.....</i>	486	<i>gnp healthy eyes</i>	
10PE.....	550	<i>gnp calcium 600</i>		<i>supervision.....</i>	509
GLYTACTIN RESTORE 5... 550		<i>+dlminerals.....</i>	487	<i>gnp healthy eyes</i>	
GLYTACTIN RESTORE		<i>gnp calcium 600</i>		<i>supervision 2.....</i>	509
LITE 10PE.....	550	<i>+d3/minerals.....</i>	487	<i>gnp hemorrhoidal.....</i>	21
GLYTACTIN RTD LITE 15.. 551		<i>gnp callus removers.....</i>	55	<i>gnp home</i>	
GLYTACTIN SWIRL 15PE.. 551		<i>gnp century.....</i>	508	<i>licel/bedbug/dust mite.....</i>	91
GLYXAMBI.....	274	<i>gnp century adults 50+</i>		<i>gnp hydrocortisone.....</i>	83
<i>g-myco nail.....</i>	61	<i>senior.....</i>	508	<i>gnp hydrocortisone max st</i>	83
<i>gnp 24 hour nasal allergy.</i>	148	<i>gnp century mature</i>		<i>gnp hydrocortisone plus....</i>	83
<i>gnp 8 hour arthritis relief..</i>	209	<i>women's 50+.....</i>	508	<i>gnp hydrocortisonelaloe.....</i>	75
<i>gnp 8 hour pain relief.....</i>	209	<i>gnp century ultimate mens</i>		<i>gnp hydrogen peroxide.....</i>	351
<i>gnp acetaminophen.....</i>	209	.....	508	<i>gnp ibuprofen.....</i>	199
<i>gnp acetaminophen ex st.</i>	209	<i>gnp century ultimate</i>		<i>gnp ibuprofen childrens...</i>	199
<i>gnp adult aspirin low</i>		<i>womens.....</i>	508	<i>gnp infant gas relief.....</i>	121
<i>strength.....</i>	216	<i>gnp childrens allergy.....</i>	313	<i>gnp infants pain/fever.....</i>	209
<i>gnp alcohol swabs.....</i>	410	<i>gnp childrens</i>		<i>gnp insulin syringe.....</i>	390
<i>gnp allergy.....</i>	312	<i>chewables/lex c.....</i>	523	<i>gnp insulin syringes.....</i>	390
<i>gnp allergy childrens.....</i>	312	<i>gnp childrens</i>		<i>gnp insulin syringes</i>	
<i>gnp allergy relief</i>	310, 313, 317	<i>chewables/iron.....</i>	523	<i>28gx1/2".....</i>	390

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>gnp insulin syringes 29gx1/2"</i>	390	<i>gnp naproxen sodium</i>	199	<i>gnp ultra com insulin syringe</i>	391
<i>gnp insulin syringes 30gx5/16"</i>	391	<i>gnp nasal decongestant</i> ...	147	<i>gnp urinary pain relief</i>	124
<i>gnp insulin syringes 31gx5/16"</i>	391	<i>gnp niacin flush free</i>	496	<i>gnp vitamin d-400</i>	583
<i>gnp iron</i>	141	<i>gnp nicotine</i>	191	<i>gnp vitamin e</i>	585
<i>gnp isopropyl alc/wintergreen</i>	560	<i>gnp nicotine mini</i>	191	<i>gnp zinc oxide</i>	73
<i>gnp isopropyl rubbing alcohol</i>	560	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	191	GOCOVRI.....	349
<i>gnp lancets 21g</i>	421	<i>gnp olopatadine hcl</i>	156	GOLD BOND MULTI-SYMPTOM.....	57
<i>gnp lancets micro thin 33g</i>	421	<i>gnp omeprazole</i>	476	<i>goldenrod</i>	443
<i>gnp lancets super thin 30g</i>	421	<i>gnp one daily mens health 50+</i>	509	GOLYTELY.....	453
<i>gnp lancets thin 26g</i>	421	<i>gnp one daily mensilycopene</i>	509	GONIOTAIRE.....	170
<i>gnp lansoprazole</i>	476	<i>gnp one daily womens</i>	509	GONITRO.....	24
<i>gnp lice treatment</i>	74, 91	<i>gnp one daily womens 50+</i>	509	GOOD START 5% GLUCOSE WATER.....	536
<i>gnp lidocaine pain relief</i>	57	<i>gnp one daily womens health</i>	502	GOOD START PRENATAL NOURISH.....	528
<i>gnp lidocaine pain relieving</i>	57	<i>gnp pain & fever childrens</i>	209	<i>goodsense allergy relief</i> ...	317
<i>gnp little ones childrens</i> ...	523	<i>gnp pain & fever infants</i>	209	<i>goodsense antacid</i>	236
<i>gnp loratadine</i>	317	<i>gnp pain relief pm ex st</i>	449	<i>goodsense antacid & gas relief</i>	234
<i>gnp loratadine childrens</i> ...	317	<i>gnp pink bismuth</i>	285	<i>goodsense antacid/pain relief</i>	214
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	168	<i>gnp potassium gluconate</i>	492	<i>goodsense anti-diarrlant-gas</i>	104
<i>gnp mega multi for men</i>	509	<i>gnp prenatal</i>	528	<i>goodsense anti-itch maximum st</i>	83
<i>gnp mega multi for women</i>	509	<i>gnp quick dissolve glucose</i>	281	<i>goodsense arthritis pain</i>	52
<i>gnp melatonin</i>	481	<i>gnp senna plus</i>	462	<i>goodsense artificial tears</i>	162
<i>gnp melatonin maximum strength</i>	481	<i>gnp sleep aid nightttime</i>	449	<i>goodsense aspirin</i>	217
<i>gnp miconazole 1</i>	557	<i>gnp sterile lancets 28g</i>	421	<i>goodsense aspirin adult low st</i>	217
<i>gnp miconazole 3</i>	557	<i>gnp sterile lancets 30g</i>	421	<i>goodsense aspirin adults</i>	217
<i>gnp miconazole 7</i>	557	<i>gnp sterile lancets 33g</i>	421	<i>goodsense aspirin low dose</i>	217
<i>gnp miconazorb af</i>	64	<i>gnp stomach relief</i>	285	<i>goodsense bisacodyl ec</i> ...	456
<i>gnp mineral oil</i>	457	<i>gnp stomach relief ultra</i>	285	GOODSENSE CLEARLAX..	460
<i>gnp motion sickness relief</i>	290	<i>gnp stool softener</i>	458	<i>goodsense cold & flu</i>	465
<i>gnp mucus er</i>	471	<i>gnp therapeutic-m</i>	509	<i>goodsense color lancets 33g</i>	421
<i>gnp mucus relief</i>	471	<i>gnp tolnaftate</i>	67	<i>goodsense ear wax kit</i>	172
<i>gnp mucus relief dm max</i>	467	GNP TRUE METRIX AIR METER.....	421	<i>goodsense ear wax removal</i>	172
		GNP TRUE METRIX GLUCOSE METER.....	421		
		GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS.....	542		
		<i>gnp tussin dm max</i>	467		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>goodsense enema</i>	462	<i>goodsense pain & fever child</i>	209	<i>guardian sensor 3</i>	404
<i>goodsense epsom salt</i>	457	<i>goodsense pain & fever infants</i>	209	GUMMI BEAR	
GOODSENSE		<i>goodsense pain relief</i>	209	MULTIVITAMIN/MIN.....	523
ESOMEPRAZOLE.....	476	<i>goodsense psyllium fiber</i>	454	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	
<i>goodsense eye drops</i>	160, 164	<i>goodsense relief eye drops</i>	160	.....	281
<i>goodsense fiber</i>	454	<i>goodsense sleep aid</i>	449	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
<i>goodsense glucose</i>	280	<i>goodsense stomach relief</i>	285	.....	281
<i>goodsense headache relief</i>	214	<i>goodsense tussin dm max</i>	467	GVOKE PFS.....	282
<i>goodsense hemorrhoidal</i>	21	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	163	GYNAZOLE-1.....	558
<i>goodsense hydrogen peroxide</i>	352	<i>goodsense womens laxative</i>	456	GYNECORT 10.....	83
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	199	<i>goprelto</i>	146	HABITROL.....	191
GOODSENSE IRON.....	141	<i>gordomatic</i>	90	<i>hackberry</i>	444
<i>goodsense isopropyl alcohol</i>	560	GRALISE.....	182	HAEGARDA.....	129, 130
<i>goodsense lancets 26g univ</i>	421	<i>gram-o-leci</i>	536	HAEMOLANCE.....	422
<i>goodsense lancets 30g</i>	421	<i>granisetron hcl</i>	289, 290	HAEMOLANCE LOW FLOW	
<i>goodsense lancets 30g univ</i>	421	GRANIX.....	139, 140	LANCETS.....	422
<i>goodsense lancets 33g</i>	422	<i>grass pollen(k-o-r-t-swt vern)</i>	443	HAEMOLANCE PLUS.....	422
<i>goodsense lancets 33g univ</i>	422	GRASTEK.....	444	HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW.....	422
<i>goodsense lancing device</i>	422	<i>griseofulvin microsize</i>	320	HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW.....	422
<i>goodsense lansoprazole</i>	476	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	321	HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW.....	422
<i>goodsense laxative pills</i>	456	<i>guaiaorb dm</i>	467	HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW.....	422
<i>goodsense lubricant eye drops</i>	163	<i>guaiatussin ac</i>	467	Hailey 1.5/30.....	248
<i>goodsense lubricating eye drop</i>	168	<i>guaicon dms</i>	467	Hailey 24 Fe.....	248
<i>goodsense magnesium citrate</i>	457	<i>guaifenesin ac</i>	467	Hailey Fe 1.5/30.....	248
<i>goodsense miconazole 1</i>	557	<i>guaifenesin-codeine</i>	467	Hailey Fe 1/20.....	248
<i>goodsense motion sickness</i>	291	<i>guanfacine hcl</i>	303	<i>hair formula extra strength</i>	509
<i>goodsense mucus er maximum str</i>	471	<i>guanfacine hcl er</i>	562	.....	509
<i>goodsense nasal allergy spray</i>	149	GUARDIAN LINK 3		<i>hair skin and nails formula</i>	509
<i>goodsense nausea relief</i>	292	TRANSMITTER.....	422	.....	509
<i>goodsense nicotine</i>	191	GUARDIAN REAL-TIME CHARGER.....	422	<i>hair skin nails</i>	509
		GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED.....	422	<i>hair vitamins</i>	509
		GUARDIAN REAL-TIME TEST PLUG.....	422	<i>hair/skin/nails</i>	509
		GUARDIAN SENSOR (3).....	422	<i>halcinonide</i>	83
				HALCION.....	451
				HALDOL DECANOATE.....	41
				<i>halobetasol propionate</i>	83
				HALOG.....	83
				<i>haloperidol</i>	41
				<i>haloperidol decanoate</i>	41

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>haloperidol lactate</i>	41	<i>h-e-b incontrol lancets 30g</i>	423	<i>hm adult tussin cough & chest</i>	467
<i>hand sanitizer/aloe/vitamin e</i>	94	<i>h-e-b incontrol lancets 33g</i>	423	<i>hm advanced antacid max st</i>	235
HANDCLEAN HAND SANITIZER.....	94	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	489	<i>hm allergy & congestion</i> ...	470
HARVONI.....	354	HECTOROL.....	114	<i>hm allergy relief</i>	149, 310, 313, 317
HAVRIX.....	575	HELIDAC THERAPY.....	472	<i>hm allergy relief childrens</i>	313
HCU EASY.....	551	HEMABATE.....	539	<i>hm antacid</i>	235
<i>headache formula</i>	214	HEMADY.....	383	<i>hm antacid anti-gas ex st</i> ..	235
HEALON.....	165	HEMANGEOL.....	365	<i>hm antacid extra strength</i> ..	236
HEALON DUET PRO.....	165	HEMATOGEN.....	139	<i>hm antacid regular strength</i>	236
HEALON GV.....	165	HEMATOGEN FORTE.....	139	<i>hm anti-diarrheal</i>	287
HEALON GV PRO.....	165	HEMAX.....	139	<i>hm anti-diarrheal anti-gas</i> ..	105
HEALON PRO.....	165	HEMLIBRA.....	131	<i>hm aspirin</i>	217
HEALON5.....	165	HEMOFIL M.....	131	<i>hm aspirin ec</i>	217
HEALON5 PRO.....	165	<i>hemorrhoidal</i>	21	<i>hm aspirin ec low dose</i>	217
HEALTH CARE LANCING DEVICE.....	422	HEPAGAM B.....	50	<i>hm b complex/c</i>	500
<i>healthwise insulin syrl/needle</i>	391	<i>heparin (porcine) in nacl</i> ..	240	<i>hm bacitracin zinc</i>	60
<i>healthy accents lancng device</i>	422	<i>heparin lock flush</i>	240	<i>hm calcium</i>	484
<i>healthy accents unilet lancets</i>	423	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	240	HM CLEARLAX.....	461
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	509	<i>heparin sodium (porcine)</i> ..	240	<i>hm complete women</i>	510
<i>healthy hair/skin/nails</i>	495	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	240	<i>hm daytime cold & flu</i>	465
HEALTHY KIDS OVERALL HEALTH.....	523	<i>heparin sodium lock flush</i>	240	<i>hm docosanol</i>	72
HEALTHY MAMA BE WELL ROUNDED.....	528	HEPLISAV-B.....	575	<i>hm double antibiotic</i>	94
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME.....	236	HEPSERA.....	354	<i>hm esomeprazole magnesium dr</i>	476
HEALTHYLAX.....	461	HERCEPTIN HYLECTA.....	340	<i>hm ethyl rubbing alcohol</i> ..	560
Heather.....	245	HERZUMA.....	324	<i>hm eye allergy itch/red relief</i>	156
<i>h-e-b aspirin</i>	217	HESPAN.....	128	<i>hm fexofenadine hcl</i>	317
<i>h-e-b childrens allergy</i>	313	<i>hetastarch-nacl</i>	128	<i>hm fiber</i>	455
<i>h-e-b incontrol adv lancng</i>	423	HETLIOZ.....	452	<i>hm fiber powder</i>	455
<i>h-e-b incontrol lancets 28g</i>	423	HETLIOZ LQ.....	452	<i>hm folic acid</i>	135
		HEXATRIONE.....	383	<i>hm gas relief</i>	121
		HEXTEND.....	129	<i>hm gas relief extra strength</i>	121
		HIBERIX.....	573	<i>hm hemorrhoidal</i>	21
		<i>hi-kovite 2-part formula</i>	509	<i>hm hydrocortisone plus</i>	75
		<i>hi-potency multi-vitamin</i> ...	509	<i>hm hydrocortisone-aloe max st</i>	75
		HIPREX.....	31	<i>hm ibuprofen childrens</i>	200
		HISTATROL.....	544		
		HIZENTRA.....	50		
		<i>hm 24 hour nasal allergy</i> ..	149		
		<i>hm adult aspirin</i>	217		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>hm ibuprofen pm</i>	449	<i>hm vitamin d3</i>	583	HUMULIN R U-500	
<i>hm lansoprazole</i>	476	<i>hm womens 50+ advanced</i>		(CONCENTRATED).....	277
<i>hm lice killing max st</i>	74	<i>daily</i>	510	HUMULIN R U-500	
<i>hm lice treatment</i>	91	HOMACTIN AA PLUS.....	551	KWIKPEN.....	277
<i>hm lidocaine patch</i>	57	<i>home pap kit</i>	542	HYALGAN.....	180
<i>hm loratadine</i>	317	<i>honey bee venom</i>	444	HYCANTIN.....	343
<i>hm loratadine childrens</i>	317	HONEY BEE VENOM		HYCODAN.....	469
<i>hm lubricating plus</i>	168	PROTEIN.....	444	<i>hydralazine hcl</i>	309
<i>hm lubricating tears</i>	163	HORIZANT.....	183	HYDREA.....	339
<i>hm magnesium citrate</i>	457	<i>horse epithelium</i>	444	<i>hydrochlorothiazide</i>	439
<i>hm melatonin</i>	482	HPA LANOLIN.....	101	<i>hydrocod polst-cpm polst</i>	
<i>hm melatonin quick</i>		HUMALOG.....	276	<i>er</i>	465
<i>dissolve</i>	482	HUMALOG JUNIOR		<i>hydrocodone bitartrate er</i> .	221
<i>hm mineral oil</i>	457	KWIKPEN.....	276	<i>hydrocodone-</i>	
<i>hm motion sickness</i>	291	HUMALOG KWIKPEN.....	276	<i>acetaminophen</i>	227
<i>hm motion sickness relief</i>	291	HUMALOG MIX 50/50.....	276	<i>hydrocodone-homatropine</i>	
<i>hm mucus relief cough</i>		HUMALOG MIX 50/50		.....	469
<i>children</i>	467	KWIKPEN.....	276	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	227
<i>hm mucus relief max st</i>	471	HUMALOG MIX 75/25.....	276	<i>hydrocortisone</i>	21, 84, 383
<i>hm naproxen sodium</i>	200	HUMALOG MIX 75/25		<i>hydrocortisone (perianal)</i> ... 21	
<i>hm nasal decongestant</i>	147	KWIKPEN.....	276	<i>hydrocortisone ace-</i>	
<i>hm nicotine</i>	192	HUMAN ALBUMIN		<i>pramoxine</i>	20
<i>hm nicotine polacrilex</i>	191	GRIFOLS.....	134	<i>hydrocortisone acetate</i>	83
<i>hm nighttime sleep aid</i>	450	HUMATE-P.....	132	<i>hydrocortisone anti-itch</i>	83
<i>hm omeprazole</i>	476	HUMATIN.....	197	<i>hydrocortisone butyr lipo</i>	
<i>hm pain & fever childrens</i> .	210	HUMATROPE.....	110	<i>base</i>	83
<i>hm pain & fever infants</i>	210	HUMIRA.....	204	<i>hydrocortisone butyrate</i>	
<i>hm pain relief</i>	210	HUMIRA PEDIATRIC		.....	83, 84
<i>hm pain relieve child dye-</i>		CROHNS START.....	204	<i>hydrocortisone max st</i>	84
<i>free</i>	210	HUMIRA PEN.....	204	<i>hydrocortisone max st/12</i>	
<i>hm pain reliever childrens</i>	210	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		<i>moist</i>	84
<i>hm pain reliever infants</i>	210	STARTER.....	204	<i>hydrocortisone plus</i>	84
<i>hm pediatric electrolyte</i>	489	HUMIRA PEN-PEDIATRIC		<i>hydrocortisone valerate</i>	84
<i>hm senna</i>	456	UC START.....	204	<i>hydrocortisone/aloe max</i>	
<i>hm severe cold/flu</i>	465	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL		<i>str</i>	75
<i>hm sore throat spray</i>	174	HS START.....	204	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	
<i>hm sterile alcohol prep</i>	410	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		.....	173
<i>hm stomach relief</i>	285	STARTER.....	204	<i>hydrocortisone-aloe</i>	75
<i>hm stomach relief ultra</i>	285	HUMULIN 70/30.....	276	HYDROGEL.....	18
<i>hm stool softener</i>	459	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.	276	<i>hydrogen peroxide</i>	352
<i>hm triple antibiotic</i>	95	HUMULIN N.....	276	<i>hydromet</i>	469
HM ULTICARE INSULIN		HUMULIN N KWIKPEN.....	276	<i>hydromorphone hcl</i>	221
SYRINGE.....	391	HUMULIN R.....	277	<i>hydromorphone hcl er</i>	221

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>hydromorphone hcl pf</i>	221	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	IN TOUCH LANCING
<i>hydromorphone hcl-nacl</i>		.....	DEVICE.....
.....	221, 222	ICAPS MV.....	423
<i>hydroxocobalamin acetate</i>		<i>icatibant acetate</i>	IN TOUCH STERILE
.....	138	Iclevia.....	LANCETS 30G.....
<i>hydroxychloroquine</i>		ICLUSIG.....	404
<i>sulfate</i>	346	<i>icosapent ethyl</i>	INATAL GT.....
<i>hydroxyprogesterone</i>		IDAMYCIN PFS.....	528
<i>caproate</i>	345, 560	<i>idarubicin hcl</i>	INBRIJA.....
<i>hydroxyurea</i>	339	IDELVION.....	349
<i>hydroxyzine hcl</i>	22	IDHIFA.....	Incassia.....
<i>hydroxyzine pamoate</i>	22	IFEX.....	245
HYLENEX.....	377	<i>ifosfamide</i>	IN-CHECK DIAL FLOW
HYMOVIS.....	180	ILARIS.....	TRAINER.....
HYPERHEP B.....	50	ILEVRO.....	437
HYPERRAB.....	50	<i>iliderm</i>	IN-CHECK INSPIRATORY
HYPERSAL.....	472	ILUMYA.....	FLOW MTR.....
HYPERTET S/D.....	50	ILUVIEN.....	437
HYPOLANCE AST		<i>imatinib mesylate</i>	INCRELEX.....
LANCING.....	423	IMBRUVICA.....	109
HYPOTEARNS.....	163	326, 327	INCRUSE ELLIPTA.....
HYQVIA.....	51	IMCIVREE.....	27
HYSINGLA ER.....	222	IMFINZI.....	<i>indapamide</i>
<i>hy-vee all day relief</i>	200	<i>imipenem-cilastatin</i>	439
<i>hy-vee glucose</i>	280	<i>imipramine hcl</i>	INDERAL LA.....
HYVEE IBUPROFEN		<i>imipramine pamoate</i>	365
CHILDRENS.....	200	<i>imiquimod</i>	INDERAL XL.....
HY-VEE LANCETS.....	423	92, 93	<i>indium in 111 dtpa</i>
<i>hy-vee thin lancets</i>	423	<i>imiquimod pump</i>	549
HYZAAR.....	305	93	<i>indium in 111 oxyquinoline</i>
<i>ibandronate sodium</i>	108	IMITREX.....	.....
IBRANCE.....	343	554	548
Ibu.....	200	IMITREX STATDOSE	INDOCIN.....
<i>ibuprofen</i>	200	REFILL.....	200
<i>ibuprofen 100 junior</i>		554	<i>indocyanine green</i>
<i>strength</i>	200	SYSTEM.....	544
<i>ibuprofen childrens</i>	200	554	<i>indomethacin</i>
<i>ibuprofen lysine</i>	200	IMLYGIC.....	200
<i>ibuprofen-famotidine</i>	205	330	<i>indomethacin er</i>
<i>ibutilide fumarate</i>	239	330	200
IC GREEN.....	544	IMOGAM RABIES-HT.....	<i>indomethacin sodium</i>
ICAPS.....	510	50	200
		576	INFANRIX.....
		32	<i>infants gas relief</i>
		85	121
		85	<i>infants pain & fever</i>
		382	210
		IMVEXXY MAINTENANCE	INFASURF.....
		PACK.....	195
		559	INFED.....
		559	141
		IMVEXXY STARTER PACK	INFLECTRA.....
		559	122
			<i>infliximab</i>
			122
			INFUGEM.....
			333
			INFUMORPH 200.....
			222
			INFUMORPH 500.....
			222
			INFUVITE ADULT.....
			495
			INFUVITE PEDIATRIC.....
			523
			INGREZZA.....
			189
			INJECTAFER.....
			141
			INLYTA.....
			344
			<i>inner ear plus</i>
			498
			INNOPRAN XL.....
			365
			INPEN 100-BLUE-LILLY.....
			391
			INPEN 100-BLUE-NOVO....
			391

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

INPEN 100-GRAY-LILLY.....	391	INTRAROSA.....	559	<i>isopropyl alcohol</i>	94
INPEN 100-GREY-NOVO... 391		Introvale.....	242	<i>isopropyl alcohol, rubbing</i>	561
INPEN 100-PINK-LILLY.....	391	INTUNIV.....	562	<i>isoproterenol hcl</i>	26
INPEN 100-PINK-NOVO.....	391	INVANZ.....	33	<i>isoproterenol-sodium</i>	
INQOVI.....	340	INVEGA.....	39	<i>chloride</i>	26
INREBIC.....	342	INVEGA HAFYERA.....	39	ISOPTO ATROPINE.....	169
INSPIRACHAMBER/LARGE		INVEGA SUSTENNA.....	40	ISOPTO CARPINE.....	169
.....	400	INVEGA TRINZA.....	40	ISORDIL TITRADOSE.....	24
INSPIRACHAMBER/MEDIU		INVELTYS.....	166	<i>isosorbide dinitrate</i>	24
M.....	400	INVIRASE.....	357	<i>isosorbide mononitrate</i>	24
INSPIRACHAMBER/MOUT		INVOKAMET.....	273	<i>isosorbide mononitrate er.</i>	24
HPIECE.....	400	INVOKAMET XR.....	274	<i>isosulfan blue</i>	544
INSPIRACHAMBER/SMALL	400	INVOKANA.....	274	<i>isotretinoin</i>	99
INSPIREASE.....	400	IODOFLEX.....	351	ISOVUE-200.....	545
INSPIREASE RESERVOIR		IODOSORB.....	351	ISOVUE-250.....	545
BAGS.....	411	IONOSOL-MB IN D5W.....	491	ISOVUE-300.....	545
INSPRA.....	302	IOPIDINE.....	154	ISOVUE-370.....	546
<i>instacort 5</i>	85	IPOL.....	576	ISOVUE-M 200.....	546
<i>instant hand sanitizer</i>	94	I-PORT ADVANCE 6MM.....	405	ISOVUE-M 300.....	546
INSTAT.....	144	I-PORT ADVANCE 9MM.....	405	<i>isradipine</i>	368, 369
INSUFLOX.....	436	<i>ipratropium bromide</i> ... 27, 146		ISTALOL.....	158
<i>insulin asp prot & asp</i>		<i>ipratropium-albuterol</i>	29	ISTODAX (OVERFILL).....	336
<i>flexpen</i>	277	<i>irbesartan</i>	301	ISTURISA.....	105
<i>insulin aspart</i>	277	<i>irbesartan-</i>		ISUPREL.....	26
<i>insulin aspart flexpen</i>	277	<i>hydrochlorothiazide</i>	305	IS-ZC 50.....	494
<i>insulin aspart penfill</i>	277	IRESSA.....	327	<i>itraconazole</i>	321
<i>insulin aspart prot &</i>		<i>iron</i>	142	<i>ivermectin</i>	53, 91, 295
<i>aspart</i>	277	<i>iron (ferrous sulfate)</i>	141	IXIARO.....	576
<i>insulin glargine-yfgn</i>	277	<i>iron complex</i>	139	IXINITY.....	132
<i>insulin lispro</i>	277	<i>iron high-potency</i>	141	JADENU.....	287
<i>insulin lispro (1 unit dial)</i> ..	277	<i>iron slow release</i>	142	JADENU SPRINKLE.....	287
<i>insulin lispro junior</i>		<i>iron supplement</i>	142	Jaimiess.....	242
<i>kwikpen</i>	277	<i>iron supplement childrens</i>	142	JAKAFI.....	342
<i>insulin lispro prot & lispro</i>	277	<i>iron-vitamin c</i>	139	JALYN.....	126
<i>insulin syringe</i>	391	IS-D 10,000.....	583	<i>janssen covid-19 vaccine</i> .	576
<i>insulin syringe/needle</i>	391	ISENTRESS.....	356	Jantoven.....	239
<i>insulin syringe-needle u-</i>		ISENTRESS HD.....	356	JANUMET.....	272
<i>100</i>	391	Isibloom.....	248	JANUMET XR.....	272
INTELENCE.....	358	<i>isoflurane</i>	231	JANUVIA.....	275
<i>intense cough reliever</i>	467	ISOLYTE-P IN D5W.....	491	JARDIANCE.....	274
INTERCEED.....	144	ISOLYTE-S.....	490	Jasmiel.....	248
INTERCEED (TC7).....	144	ISOLYTE-S PH 7.4.....	490	JATENZO.....	229
INTRALIPID.....	537	<i>isoniazid</i>	37, 38	JELMYTO.....	332

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

JEMPERLI.....	325	KANUMA.....	109	ketamine hcl-sodium	
Jencycla.....	245	KAOPECTATE.....	285	chloride	230
JENTADUETO.....	272	KAOPECTATE EXTRA		ketoconazole	64, 321
JENTADUETO XR.....	272	STRENGTH.....	285	KETO-DIASTIX.....	543
Jinteli.....	440	kapok	444	ketoprofen	200
JIVI.....	132	KAPSPARGO SPRINKLE		ketoprofen er	200
jock itch	64	.....	363, 364	ketorolac tromethamine	
jock itch relief	64	KAPVAY.....	562	.....	154, 200, 201
jock itch spray powder	68	KARBINAL ER.....	313	KETOVIE.....	551
johnson grass	444	KARDIAMEMBRANE.....	103	KETOVIE 4:1.....	551
JOHNSONS FOOT SPRAY	412	Kariva.....	241	KETOVIE PEPTIDE.....	551
Jolessa.....	242	KATE FARMS PEPTIDE 1.5		KEVEYIS.....	440
JORNAY PM.....	567	.....	551	KEVZARA.....	206
J-TIP KIT W/VIAL		KATE FARMS STANDARD		KEYTRUDA.....	325
ADAPTERS.....	391	1.4.....	551	KHAPZORY.....	330
JUBLIA.....	64	KATERZIA.....	369	kimono	402
Juleber.....	248	KAZANO.....	273	KIMONO COLORS.....	402
JULUCA.....	361	KCENTRA.....	132	kimono micro thin	402
june grass pollen		kcl (in nacl 0.9%)	490	kimono micro thin plus	402
standardized	444	kcl in dextrose-nacl	491	kimono plus	402
Junel 1.5/30.....	248	kcl-lactated ringers-d5w	491	kimono ps	402
Junel 1/20.....	248	kcl-lidocaine-nacl	490	kimono ps plus	412
Junel Fe 1.5/30.....	248	kedbumin	134	kimono sensation	402
Junel Fe 1/20.....	248	kedrab	50	kimono sensation plus	402
Junel Fe 24.....	248	KEFLEX.....	372	KIMONO SPECIAL.....	402
just tears eye drops	171	Kelnor 1/35.....	248	KIMYRSA.....	34
JUVAZIN.....	101	Kelnor 1/50.....	248	KINERET.....	203
JUXTAPID.....	299	kelp-b6-lecithin-vinegar	537	KINEVAC.....	544
JYNARQUE.....	107	KENALOG.....	85, 384	kinney lancets	423
KABIVEN.....	538	KENALOG-80.....	384	kinney thin lancets	423
Kaitlib Fe.....	248	KENDALL HYDROGEL		kinray insulin syringe	391
KALBITOR.....	130	WOUND DRESS.....	72	KINRIX.....	572
KALETRA.....	361	KENGREAL.....	128	KISQALI (200 MG DOSE)... ..	343
Kalliga.....	248	KEPIVANCE.....	340	KISQALI (400 MG DOSE)... ..	343
KALYDECO.....	195	KEPPRA.....	256	KISQALI (600 MG DOSE)... ..	343
KAMELEON LUBRICATED.	402	KEPPRA XR.....	256	KISQALI FEMARA (400 MG	
KANGAROO IRRIGATION		KERENDIA.....	105	DOSE).....	340
KIT.....	436	KERI MOISTURE RICH.....	96	KISQALI FEMARA (600 MG	
KANGAROO MULTI-		KERICORT 10.....	85	DOSE).....	340
FUNCTIONAL PORT.....	404	KERYDIN.....	66	KISQALI FEMARA(200 MG	
KANGAROO STOMA		KESIMPTA.....	184	DOSE).....	340
MEASURING DEV.....	404	KETALAR.....	230	KITABIS PAK.....	197
KANJINTI.....	324	ketamine hcl	230	KLARON.....	59

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

KLISYRI.....	51	<i>kp calcium 600+d3</i>	487	<i>kroger lancets ultrathin</i>	
KLONOPIN.....	253	<i>kp calcium-magnesium-</i>		<i>30g</i>	424
Klor-Con.....	493	<i>zinc</i>	487	<i>kroger lancing device</i>	424
Klor-Con 10.....	492	<i>kp diphenhydramine hcl</i> ...	313	KRYSTEXXA.....	181
Klor-Con M10.....	492	<i>kp double antibiotic</i>	95	K-TAB.....	493
Klor-Con M15.....	492	<i>kp ferrous gluconate</i>	142	Kurvelo.....	248
Klor-Con M20.....	493	<i>kp ferrous sulfate</i>	142	KUVAN.....	113
KLOXXADO.....	289	<i>kp fexofenadine hcl</i>	317	K-Y ME & YOU EXTRA	
<i>kls acid controller</i>		<i>kp hydrocortisone max st</i> ...	85	LUBRICATED.....	402
<i>complete</i>	474	<i>kp melatonin</i>	482	K-Y ME & YOU INTENSE...	402
KLS ALLERCLEAR.....	317	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	510	KYLEENA.....	244
KLS ALLER-CORT.....	149	<i>kp mens daily formula</i>	510	KYMRIAH.....	339
KLS ALLER-FLO.....	149	<i>kp omeprazole magnesium</i>		KYNMOBI.....	347
<i>kls aspirin low dose</i>	217	.....	476	KYPROLIS.....	337
<i>kls d3</i>	583	<i>kp prenatal multivitamins</i>	528	<i>labetalol hcl</i>	366
<i>kls diclofenac sodium</i>	52	<i>kp pseudoephedrine hcl</i> ...	147	<i>labetalol hcl-dextrose</i>	366
<i>kls esomeprazole</i>		<i>kp tolnaftate</i>	68	<i>labetalol hcl-sodium</i>	
<i>magnesium</i>	476	KP VISION FORMULA.....	510	<i>chloride</i>	366
<i>kls ibuprofen ib</i>	201	<i>kp vitamin d</i>	583	LACRISERT.....	171
KLS LAXACLEAR.....	461	<i>kp vitamin e</i>	585	<i>lactated ringers</i>	380, 490
KLS QUIT2.....	192	<i>kp womens 50+ daily</i>		<i>lactic acid</i>	90
KLS QUIT4.....	192	<i>formula</i>	510	<i>lactic acid e</i>	74
<i>kls rapid release apap pm</i>	449	<i>kp womens daily formula</i> ..	510	<i>lactulose</i>	461
<i>kls sleep aid</i>	450	K-PHOS.....	491	<i>lactulose encephalopathy</i>	116
<i>kmart valu insulin syringe</i>		K-PHOS NO 2.....	126	LAMICTAL.....	256, 257
<i>29g</i>	391	K-PHOS-NEUTRAL.....	491	LAMICTAL ODT.....	256
<i>kmart valu insulin syringe</i>		<i>kpn prenatal</i>	528	LAMICTAL STARTER.....	257
<i>30g</i>	392	KRINTAFEL.....	346	LAMICTAL XR.....	257
KOATE.....	132	<i>krisgel 100</i>	18	<i>lamivudine</i>	354, 359
KOATE-DVI.....	132	KRISTALOSE.....	461	<i>lamivudine-zidovudine</i>	361
<i>kochia</i>	444	KROGER AUTOLET		<i>lamotrigine</i>	257
KOGENATE FS.....	132	LANCING DEVICE.....	423	<i>lamotrigine er</i>	257
KOMBIGLYZE XR.....	273	<i>kroger glucose</i>	280	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	
KORLYM.....	271	KROGER HEALTHPRO		.....	257
KOSELUGO.....	337	LANCET 26G.....	423	<i>lamotrigine starter kit-</i>	
<i>kosher prenatal plus iron</i> ..	528	<i>kroger insulin syringe</i>	392	<i>green</i>	257
KOVALTRY.....	132	<i>kroger lancets</i>	423	<i>lamotrigine starter kit-</i>	
<i>kp adults 50+ daily formula</i>		<i>kroger lancets 21g</i>	423	<i>orange</i>	257
.....	510	<i>kroger lancets micro thin</i>		LAMPIT.....	33
<i>kp adults daily formula</i>	510	<i>33g</i>	423	LANABIOTIC.....	95
<i>kp aspirin</i>	217	<i>kroger lancets super thin</i> ..	423	LANACORT 10.....	85
<i>kp b complex-c</i>	500	<i>kroger lancets thin</i>	424	<i>lancet device</i>	424
<i>kp calcium 600+d</i>	487	<i>kroger lancets thin 26g</i>	424	<i>lancet transporter case</i>	424

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>lancets 33g</i>	424	<i>leader glucose</i>	280	<i>levobunolol hcl</i>	158
<i>lancets micro thin 33g</i>	424	<i>leader insulin syringe</i>	392	<i>levocarnitine</i>	112
<i>lancets super thin 28g</i>	424	<i>leader quick dissolve</i>		<i>levocarnitine sf</i>	112
<i>lancets thin</i>	424	<i>glucose</i>	282	<i>levocetirizine</i>	
LANCETS ULTRA THIN.....	424	<i>lecithin organogel</i>	18	<i>dihydrochloride</i>	317
<i>lancets ultra thin 30g</i>	424	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	354	<i>levofloxacin</i>	157, 448
<i>lancing device</i>	424	Leena.....	245	<i>levofloxacin in d5w</i>	448
LAND BEFORE TIME		<i>leflunomide</i>	206	<i>levoleucovorin calcium</i>	330
MULTIVITAMIN.....	523	LEMTRADA.....	184	<i>levoleucovorin calcium pf</i>	330
<i>lanolin</i>	18	<i>lenscale</i>	444	Levonest.....	245
<i>lanolin anhydrous</i>	18	LENVIMA (10 MG DAILY		<i>levonorgest-eth est & eth</i>	
<i>lan-o-smooth</i>	102	DOSE).....	344	<i>est</i>	242
LANOXIN.....	371	LENVIMA (12 MG DAILY		<i>levonorgest-eth estrad 91-</i>	
LANOXIN PEDIATRIC.....	371	DOSE).....	344	<i>day</i>	242
LANSINOH LANOLIN.....	102	LENVIMA (14 MG DAILY		<i>levonorgestrel</i>	243
LANSINOH LANOLIN MINIS		DOSE).....	344	<i>levonorgestrel-ethinyl</i>	
NIPPLE.....	102	LENVIMA (18 MG DAILY		<i>estrad</i>	242, 249
LANSINOH LANOLIN		DOSE).....	344	<i>levonorg-eth estrad</i>	
NIPPLE.....	102	LENVIMA (20 MG DAILY		<i>triphasic</i>	246
LANSINOH PAIN RELIEF		DOSE).....	344	LEVOPHED.....	578
SPRAY.....	57	LENVIMA (24 MG DAILY		Levora 0.15/30 (28).....	249
<i>lansoprazole</i>	476	DOSE).....	344	<i>levorphanol tartrate</i>	222
<i>lanthanum carbonate</i>	117	LENVIMA (4 MG DAILY		Levo-T.....	196
LANTUS.....	277	DOSE).....	344	<i>levothyroxine sodium</i>	196
LANTUS SOLOSTAR.....	277	LENVIMA (8 MG DAILY		Levoxyl.....	196
LANZO.....	424	DOSE).....	344	LEVULAN KERASTICK.....	53
<i>lapatinib ditosylate</i>	338	LESCOL XL.....	298	LEXAPRO.....	267
Larin 1.5/30.....	249	Lessina.....	249	LEXETTE.....	85
Larin 1/20.....	249	LETAIRIS.....	46	LEXISCAN.....	544
Larin 24 Fe.....	249	<i>letrozole</i>	342	LEXIVA.....	357
Larin Fe 1.5/30.....	249	LEU TECHNELITE.....	549	LIALDA.....	119
Larin Fe 1/20.....	249	<i>leucovorin calcium</i>	330	LIBERTY MINI LANCING	
Larissia.....	249	LEUKERAN.....	345	DEVICE.....	424
LASIX.....	439	LEUKINE.....	139	LIBRAX.....	474
LASTACAFT.....	156	<i>leuprolide acetate-</i>		LIBTAYO.....	325
<i>latanoprost</i>	170	<i>bupivacaine</i>	334	LICART.....	52
LATUDA.....	39	<i>levabuterol hcl</i>	26	<i>lice killing</i>	74
<i>laxative</i>	456	<i>levabuterol tartrate</i>	26	<i>lice killing maximum</i>	
<i>laxative regular strength</i>	456	LEVEMIR.....	277	<i>strength</i>	74
Layolis Fe.....	249	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	277	<i>lice treatment</i>	92
LAZANDA.....	222	<i>levetiracetam</i>	257, 258	<i>lice treatment creme rinse</i> ..	92
<i>leader advanced lancing</i>		<i>levetiracetam er</i>	257	LIDAFLEX.....	57
<i>device</i>	424	<i>levetiracetam in nacl</i>	257	LIDO KING.....	57

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>lidocaine</i>	57	<i>lipo cream base</i>	18	LMD IN D5W.....	129
<i>lidocaine hcl</i>	57, 173, 231	LIPO FLAVONOID PLUS....	498	LMD IN NAACL.....	129
<i>lidocaine hcl (cardiac)</i>	238	<i>lipo-b</i>	139	LO LOESTRIN FE.....	242
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i> ..	238	<i>lipo-c</i>	536	LOCOID.....	85
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	231	LIPOCREAM BASE.....	18	LOCOID LIPOCREAM.....	85
<i>lidocaine hcl</i>		LIPOFEN.....	297	LODOSYN.....	350
<i>urethral mucosal</i>	57	LIPOFLAVOVIT.....	498	Loestrin 1.5/30 (21).....	249
<i>lidocaine in d5w</i>	238	<i>lipolayer</i>	18	Loestrin 1/20 (21).....	249
<i>lidocaine in dextrose</i>	231	<i>lipopen ultra base</i>	18	Loestrin Fe 1.5/30.....	249
<i>lidocaine max st 24 hours</i> ..	57	<i>liposomal heavy</i>	18	Loestrin Fe 1/20.....	249
<i>lidocaine pain relief</i>	57	<i>liposomal regular</i>	18	Lofena.....	201
<i>lidocaine pain relieving</i>	57	LIPOZYME.....	18	LOHIST-D.....	470
<i>lidocaine plus</i>	57	<i>liquid acetaminophen</i>	210	Lojaimiess.....	242
<i>lidocaine viscous hcl</i>	173	<i>liquid allergy relief</i>	313	LOKELMA.....	381
<i>lidocaine-epinephrine</i>	154, 233	<i>liquid calcium with d3</i>	487	LOMAIRA.....	565
<i>lidocaine-phenylephrine</i> ...	154	<i>liquid calcium/vitamin d</i> ...	487	LOMOTIL.....	104
<i>lidocaine-phenylephrine-</i>		LIQUID E-Z-PAQUE.....	545	<i>long lasting antacid</i>	236
<i>bss</i>	154	<i>liquid pain relief</i>	210	<i>longs glucose</i>	280
<i>lidocaine-prilocaine</i>	73	<i>liquid wart remover</i>	55	<i>longs insulin syringe</i>	392
<i>lidocaine-sodium</i>		<i>lisinopril</i>	307	<i>longs lancets standard</i>	425
<i>bicarbonate</i>	233	<i>lisinopril-</i>		<i>longs lancets thin</i>	425
LIDODERM.....	57	<i>hydrochlorothiazide</i>	308	<i>longs lancets ultra thin</i>	425
LIDODOSE.....	57	<i>lite touch lancets</i>	424	LONHALA MAGNAIR	
LIDODOSE PEDIATRIC		LITE TOUCH LANCING		REFILL KIT.....	27
BULK PACK.....	58	PEN.....	425	LONHALA MAGNAIR	
<i>lidoheal-90</i>	73	LITETOUCH INSULIN		STARTER KIT.....	27
LILETTA (52 MG).....	244	SYRINGE.....	392	LONSURF.....	340
Lillow.....	249	LITETOUCH LANCETS.....	425	<i>loperamide hcl</i>	104
LIMBREL.....	550	<i>lithium carbonate</i>	38	<i>loperamide-simethicone</i> ...	105
LIMBREL250.....	550	<i>lithium carbonate er</i>	38	LOPID.....	297
LIMBREL500.....	550	LITHOBID.....	38	<i>lopinavir-ritonavir</i>	361
LINCOCIN.....	35	LITHOSTAT.....	124	LOPRESSOR.....	364
<i>lincomycin hcl</i>	35	<i>little animals</i>	523	LOPROX.....	68
<i>lindane</i>	92	<i>little animals plus iron</i>	523	<i>loradamed</i>	318
<i>linezolid</i>	36	LITTLE REMEDIES FOR		<i>loratadine</i>	318
<i>linezolid in sodium</i>		FEVER.....	210	<i>loratadine childrens</i>	318
<i>chloride</i>	36	LIVALO.....	298	<i>lorazepam</i>	23
LINZESS.....	118	<i>live better adv lancing</i>		Lorazepam Intensol.....	23
LIORESAL.....	178	<i>device</i>	425	LORBRENA.....	322
<i>liothyronine sodium</i>	196	<i>live better lancet super</i>		LOREEV XR.....	23
LIPIODOL.....	546	<i>thin</i>	425	LORTAB.....	227
LIPITOR.....	298	<i>live better lancet ultra thin</i>	425	Loryna.....	249
<i>lipo</i>	536	LIVMARLI.....	116	Lorzone.....	178

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>losartan potassium</i>	301	<i>luliconazole</i>	64	<i>mag-al plus</i>	235
<i>losartan potassium-hctz</i> ...	305	LUMAKRAS.....	327	<i>mag-al plus xs</i>	235
LOSEASONIQUE.....	242	LUMASON.....	546	MAGELLAN INSULIN	
LOTEMAX.....	166	LUMIGAN.....	170	SAFETY SYR.....	392
LOTEMAX SM.....	166	LUMIZYME.....	115	MAGELLAN SYRINGE-	
LOTENSIN.....	307	LUMOXITI.....	323	SAFETY NEEDLE.....	392
LOTENSIN HCT.....	308	LUNESTA.....	451	MAGELLAN TUBERCULIN	
<i>loteprednol etabonate</i>	166	<i>lung perform peak flow</i>		SYRINGE.....	392
LOTREL.....	306	<i>meter</i>	401	<i>magnesium sulfate</i>	492
LOTRIMIN AF.....	68	LUPKYNIS.....	376	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	492
LOTRIMIN AF		LUTATHERA.....	346	<i>magnesium sulfate-nacl</i> ...	492
DEODORANT POWDER.....	64	Lutera.....	249	MAGNESIUM-OXIDE.....	492
LOTRIMIN AF JOCK ITCH		LUXIQ.....	85	<i>magnum-75</i>	511
POWDER.....	64	LUXTURNA.....	171	MAKENA.....	560
LOTRIMIN AF POWDER.....	64	LUZU.....	64	MALARONE.....	347
LOTRONEX.....	118	LYBALVI.....	182	<i>malathion</i>	92
<i>lovastatin</i>	298	Lyleq.....	245	<i>manganese chloride</i>	492
LOVENOX.....	241	Lyllana.....	442	<i>mannitol</i>	439
Low-Ogestrel.....	249	Lymepak.....	571	MAOX.....	237
<i>loxapine succinate</i>	43	LYNPARZA.....	343	MAPAP ACETAMINOPHEN	
LOZIBASE S.....	16	LYRICA.....	258	EXTRA STR.....	210
Lo-Zumandimine.....	249	LYRICA CR.....	182	MARATHON MEDICAL	
<i>lubiprostone</i>	116	<i>lysine hcl</i>	536	PENTIPS.....	392
<i>lubricant drops/dual-</i>		LYSIPLEX PLUS.....	510	MARCAINE.....	231
<i>action</i>	163	LYSODREN.....	332	MARCAINE	
<i>lubricant eye drops</i> ... 163,	168	LYSTEDA.....	143	PRESERVATIVE FREE.....	232
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	163	LYUMJEV.....	277	MARCAINE SPINAL.....	232
<i>lubricant eye drops pf</i>	168	LYUMJEV KWIKPEN.....	278	MARCAINE/EPINEPHRINE	233
<i>lubricant eye fast acting</i> ... 163		Lyza.....	245	MARCAINE/EPINEPHRINE	
<i>lubricant eye pm</i>	163	MAALOX CHILDRENS.....	237	PF.....	233
<i>lubricant pm</i>	163	MAALOX MAX.....	235	MARGENZA.....	325
<i>lubricating eye drops</i>	163	MAALOX MULTI SYMPTOM		MARINOL.....	291
<i>lubricating lotion</i>	90	MAX ST.....	235	<i>marlissa</i>	249
<i>lubricating plus eye drops</i>	168	MACI.....	179	MARPLAN.....	265
<i>lubricating tears eye drops</i>		MACRILEN.....	544	MARQIBO.....	344
.....	163	MACROBID.....	31	MATULANE.....	339
LUCEMYRA.....	183	MACRODANTIN.....	32	Matzim La.....	369
LUCENTIS.....	155	MACULAR HEALTH		MAVENCLAD (10 TABS)....	184
LUCIRA COVID-19 ALL-IN-		FORMULA.....	510	MAVENCLAD (4 TABS)....	185
ONE.....	543	MACUVITE.....	510	MAVENCLAD (5 TABS)....	185
LUER LOCK SAFETY		MACUVITE EYE CARE.....	510	MAVENCLAD (6 TABS)....	185
SYRINGES.....	392	MACUVITE/LUTEIN.....	510	MAVENCLAD (7 TABS)....	185
<i>luer tip cap tray</i>	412	<i>mafenide acetate</i>	96	MAVENCLAD (8 TABS)....	185

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

MAVENCLAD (9 TABS).....	185	MEDIHOL BASE.....	18	<i>medroxyprogesterone</i>
MAVYRET.....	354	MEDI-LAX.....	456	<i>acetate</i>
<i>max melatonin</i>	482	MEDI-MUCIL.....	455	244, 245, 560
MAXALT.....	554	<i>medi-natural</i>	456	<i>mefenamic acid</i>
MAXALT-MLT.....	554	<i>medi-natural plus</i>	462	201
MAXI-COMFORT INSULIN		MEDI-PASTE.....	101	<i>mefloquine hcl</i>
SYRINGE.....	392	MEDI-PHEDRYL.....	313	346
MAXICOMFORT SYR 27G		MEDI-PROFEN.....	201	<i>mega multiplechelated</i>
X 1/2".....	392	<i>medi-seltzer</i>	214	<i>mineral</i>
MAXIDEX.....	166	<i>medi-soothe</i>	102	498
<i>maximum daily green</i>	511	MEDI-TABS CHILDRENS... 210		<i>mega vm-80</i>
MAXITROL.....	161	MEDI-TABS EXTRA		511
<i>maxi-tuss ac</i>	467	STRENGTH.....	210	<i>mega-marathon 100 tr</i>
<i>maxi-tuss g</i>	468	MEDI-TABS JUNIOR		511
<i>maxx</i>	402	STRENGTH.....	210	<i>megestrol acetate</i>
<i>maxx plus</i>	402	MEDI-TABS PM EXTRA		345, 560
MAXZIDE.....	438	STRENGTH.....	449	<i>meijer advanced formula</i> ..
MAXZIDE-25.....	438	<i>medi-tussin dm</i>	468	511
MAYZENT.....	189	<i>medi-tussin dm double</i>		<i>meijer allergy relief</i>
MAYZENT STARTER PACK		<i>strength</i>	468	318
.....	190	MEDLANCE EXTRA 21G... 425		<i>meijer antacid</i>
<i>m-clear wc</i>	468	MEDLANCE LITE 25G..... 425		235
<i>m-dryl</i>	313	MEDLANCE PLUS EXTRA		<i>meijer antacid anti-gas</i>
<i>meadow fescue grass</i>		21G.....	425	235
<i>pollen</i>	444	MEDLANCE PLUS		<i>meijer antihistamine</i>
<i>meclizine hcl</i>	291	LANCETS.....	404	<i>allergy</i>
<i>meclofenamate sodium</i>	201	MEDLANCE PLUS LITE		313
MEDELA TENDER CARE		25G.....	425	<i>meijer aspirin ec</i>
LANOLIN.....	102	MEDLANCE PLUS		218
<i>medi-bismuth</i>	285	SPECIAL 0.8MM.....	425	<i>meijer aspirin free</i>
<i>medic insulin syringe</i>	392	MEDLANCE PLUS		210
<i>medicated anti-fungal</i>	68	SUPERLITE 30G.....	425	<i>meijer ferrous sulfate</i>
<i>medicated dna collection</i> ..	542	MEDLANCE PLUS		142
<i>medicated dna collection 2</i>		UNIVERSAL 21G.....	426	<i>meijer glucose</i>
.....	542	MEDLANCE UNIVERSAL		280
<i>medichoice safety lancet</i> ..	425	21G.....	426	<i>meijer hydrocortisone</i>
<i>medichoice safety lancet</i>		MEDPURA BENZOYL		85
<i>extra</i>	425	PEROXIDE.....	99	<i>meijer hydrogen peroxide</i> ..
<i>medichoice safety lancet</i>		MEDPURA		352
<i>norm</i>	425	HYDROCORTISONE.....	85	<i>meijer jr st aspirin free</i>
MEDIDERM.....	18	MEDPURA VITAMIN A & D...90		210
MEDI-FIRST ANTISEPTIC		MEDROL.....	384	MEIJER LANCETS.....
CLEANER.....	94			426
				MEIJER LANCETS THIN... 426
				MEIJER LANCETS
				UNIVERSAL 21G.....
				426
				MEIJER LANCETS
				UNIVERSAL 30G.....
				426
				MEIJER LANCETS
				UNIVERSAL 33G.....
				426
				<i>meijer loratadine</i>
				318
				<i>meijer migraine formula</i>
				214
				<i>meijer nasal decongestant</i> 147
				<i>meijer saline nasal spray</i> ..
				146
				MEIJER SUPER THIN
				LANCETS.....
				426
				<i>meijer triple antibiotic</i>
				95
				<i>meijer zinc oxide</i>
				73
				MEKINIST.....
				337
				MEKTOVI.....
				337
				<i>melaleuca</i>
				444
				<i>melatonin</i>
				482, 483
				<i>melatonin childrens</i>
				482

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>melatonin er</i>	482	<i>metaxalone</i>	178	<i>methyltestosterone</i>	229
<i>melatonin extra strength</i> ...	482	<i>metformin hcl</i>	272	<i>metoclopramide hcl</i>	123
<i>melatonin gummies</i>	482	<i>metformin hcl er</i>	272	<i>metolazone</i>	439
<i>melatonin maximum strength</i>	482	<i>methacholinelliver</i>	498	METOPIRONE.....	544
<i>melatonin quick dissolve</i> ..	483	<i>methadone hcl</i>	222	<i>metoprolol succinate er</i>	364
<i>melatonin tr</i>	483	Methadone Hcl Intensol.....	222	<i>metoprolol tartrate</i>	364
<i>meloxicam</i>	201	METHADOSE.....	222	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	306
<i>melphalan hcl</i>	345	Methadose.....	222	METROCREAM.....	53
<i>memantine hcl</i>	187	METHADOSE SUGAR-FREE.....	222	METROGEL.....	53
<i>memantine hcl er</i>	187	<i>methamphetamine hcl</i>	564	METROLOTION.....	53
MEMBRANEBLUE.....	165	<i>methazolamide</i>	440	<i>metronidazole</i>	32, 53, 557
MENACTRA.....	574	<i>methenamine hippurate</i>	32	<i>metronidazole in nacl</i>	32
MENEST.....	442	Methergine.....	539	<i>metryrosine</i>	300
MENOSTAR.....	442	<i>methimazole</i>	195	<i>mexiletine hcl</i>	238
MENQUADFI.....	574	<i>methitest</i>	229	MG217 PSORIASIS ANIT-ITCH.....	85
<i>mens daily formulallycopen</i>	511	<i>methocarbamol</i>	178	MI PASTE.....	411
MENS HAIR FORMULA ULTRA MAN.....	511	<i>methohexital sodium</i>	230	MI PASTE PLUS.....	411
MENS LIFE PACK.....	511	<i>methotrexate</i>	333	MIACALCIN.....	108
<i>menstrual relief max strength</i>	214	<i>methotrexate sodium</i>	333	<i>micaderm</i>	64
MENTAX.....	68	<i>methotrexate sodium (pf)</i> ..	333	<i>micafungin sodium</i>	320
<i>menthol cough drops</i>	175	<i>methoxsalen rapid</i>	70	MICARDIS.....	301
MENVEO.....	574	<i>methscopolamine bromide</i>	480	MICARDIS HCT.....	305
<i>mepidine hcl</i>	222	<i>methylcobalamin</i>	138	<i>miconazole 1</i>	558
MEPHYTON.....	585	<i>methyldopa</i>	303	<i>miconazole 3</i>	558
<i>meprobamate</i>	22	<i>methylergonovine maleate</i>	539	<i>miconazole 3 combo pack</i>	558
MEPRON.....	33	METHYLIN.....	567	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	558
MEPSEVII.....	112	<i>methylphenidate hcl</i>	568	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	558
<i>mercaptopurine</i>	333	<i>methylphenidate hcl er</i>	567, 568	<i>miconazole 7</i>	558
<i>meropenem</i>	33	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	567	<i>miconazole antifungal</i>	65
<i>meropenem-sodium chloride</i>	33	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	567	<i>miconazole nitrate</i>	65, 558
Merzee.....	249	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	567	<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>	61
<i>mesalamine</i>	119	<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	567	MICOTRIN AC.....	65
<i>mesalamine er</i>	119	<i>methylprednisolone</i>	384	MICOTRIN AL.....	68
<i>mesalamine-cleanser</i>	119	<i>acetate</i>	384	MICOTRIN AP.....	65
<i>mesna</i>	330	<i>methylprednisolone acetate</i>	384	MICROCHAMBER.....	400
MESNEX.....	330	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	384	Microgestin 1.5/30.....	249
<i>mesquite</i>	444			Microgestin 1/20.....	249
MESTINON.....	36, 37			Microgestin 24 Fe.....	249
				Microgestin Fe 1.5/30.....	250

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Microgestin Fe 1/20.....	250	MINIMED 770G INSULIN		MM ACID-PEP MAXIMUM	
MICROLIFE DIGITAL PEAK		PUMP SYS.....	407	STRENGTH.....	479
FLOW.....	401	MINIMED GUARDIAN LINK		mm arthritis pain	211
midazolam	451	3.....	426	MM CLEARLAX.....	461
midazolam hcl	451	MINIMED PUMP		mm famotidine	480
midazolam hcl (pf)	451	RESERVOIR 3ML.....	407	mm fexofenadine hcl	318
midazolam hcl-sodium		MINIMED RESERVOIR		mm insulin syringelneedle	392
chloride	451	1.8ML.....	407	MM LANCING DEVICE.....	426
midazolam-sodium		MINIMED RESERVOIR 3ML		mm melatonin	483
chloride	451	.....	408	mm stool softener laxative	
midodrine hcl	578	MINIMED SILHOUETTE INF		.....	459
MIDOL.....	210	SET 32".....	408	MM TWIST LANCETS.....	426
MIFEPREX.....	105	MINIMED SILHOUETTE INF		M-M-R II.....	573
mifepristone	105	SET 43".....	408	m-natal plus	528
MIGERGOT.....	556	MINIPRESS.....	303	MOBIC.....	201
miglitol	275	MINIVELLE.....	442	modafinil	568
miglustat	137	MINOCIN.....	571	moderna covid-19 vaccine	576
MIGRANAL.....	556	minocycline hcl	572	moexipril hcl	307
Mili.....	250	minocycline hcl er	571	moisture	90
milk of magnesia	457	MINOLIRA.....	572	moisture recovery	90
MILLGUARD.....	139	minoxidil	309	moisturizing lotion	90
MILLIPRED.....	384	mintox maximum strength	235	moisturizing lubricant eye	168
MILLTRIUM ADVANCED		MINTOX PLUS.....	235	moisturizing sensitive skin	90
FORMULA.....	511	MIOCHOL-E.....	169	molindone hcl	43
MILLTRIUM CARDIO.....	511	MIOSTAT.....	169	mometasone furoate ... 85, 149	
MILLTRIUM SENIOR.....	511	MIRAPEX ER.....	347, 351	MOMMY'S BLISS GAS	
MILLTRIUM STAMINA		MIRCERA.....	136	RELIEF DROPS.....	121
PLUS.....	497	MIRCETTE.....	242	Mondoxyne NI.....	572
milrinone lactate	371	MIRENA (52 MG).....	244	MONISTAT 1-DAY.....	558
milrinone lactate in		mirtazapine	264	MONJUVI.....	323
dextrose	371	MIRVASO.....	53	MONOFERRIC.....	142
Mimvey.....	441	misoprostol	478	MONOJECT ALLERGIST	
MINASTRIN 24 FE.....	250	mite (d. farinae)	444	TRAY.....	392
mini lancing device	426	mite (d. pteronyssinus)	444	MONOJECT BLUNTIP	
MINI WRIGHT PEAK FLOW		MITIGARE.....	181	CANNULA.....	392
METER.....	401	Mitigo.....	222	MONOJECT BLUNTIP	
MINILINK REAL-TIME		mitomycin	157, 332	SYR/CANNULA.....	392
TRANSMITTER.....	426	MITOSOL.....	157	MONOJECT BONE	
MINIMED 630G GUARDIAN		mixed aspergillus	448	MARROW BIOPSY.....	232
PRESS.....	426	mixed feathers	448	MONOJECT CONTROL	
MINIMED 630G INSULIN		mixed ragweed	444	SYRINGE.....	392
PUMP.....	407	mixed vespid venom		MONOJECT ENTERAL	
		protein	444	SYRINGE CAP.....	404

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

MONOJECT FILTER	MONOJECT SYRINGE	<i>moxifloxacin hcl</i> 157, 448, 449
ASPIRATOR..... 393	PHARMACY TRAY 393	<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i> .. 157
MONOJECT FILTER	MONOJECT SYRINGE REG	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i> 448
NEEDLE..... 393	LUER..... 393	MOZOBIL..... 137
Monoject Flush Syringe..... 493	MONOJECT SYRINGE	<i>m-pap</i> 211
MONOJECT HYPODERMIC	REGULAR TIP..... 394	<i>mpd safety lancet 21g</i> 404
NEEDLE..... 393	MONOJECT SYRINGE	<i>mpd safety lancet 23g</i> 427
MONOJECT HYPODERMIC	TOOMEY TYPE..... 394	<i>mpd safety lancet 28g</i> 427
NEEDLE TIP 405	MONOJECT TB SAFETY	<i>mpd safety lancet 30g</i> 427
MONOJECT INSULIN	SYRINGE..... 394	MS CONTIN..... 223
SYRINGE..... 393, 409	MONOJECT TB SYRINGE.. 394	<i>ms insulin syringe</i> 394
MONOJECT INTRODUCER	MONOJECT ULTRA	MSUD EASY..... 551
NEEDLE..... 393	COMFORT SYRINGE..... 394	MUCINEX CHILDRENS
MONOJECT LIFESHIELD	MONOJECT VIAL ACCESS	FREEFROM..... 468
CANNULA..... 405	CANNULA..... 405	MUCINEX FAST-MAX
MONOJECT LIFESHIELD	MONOLET LANCETS..... 426	CHEST CONG MS..... 471
SYRINGE..... 393	MONOLET OPD LANCETS 426	MUCINEX FAST-MAX CLD
MONOJECT MAGELLAN	MONOLETTOR SAFETY	FLU THRT..... 465
SAFETY NDL..... 393	LANCETS..... 426	MUCINEX FAST-MAX
MONOJECT MAGELLAN	Mono-Linyah..... 250	COLD FLU..... 466
SYRINGE..... 393	MONONINE..... 132	MUCINEX FAST-MAX
MONOJECT MED PREP	MONOVISC..... 180	COLD/FLU..... 466
CANNULA..... 405	<i>montelukast sodium</i> 25	MUCINEX SINUS-MAX..... 466
MONOJECT PHARMACY	MONUROL..... 32	<i>mucor</i> 444, 445
TRAY..... 393	<i>morphine sulfate</i> 223	<i>mucus & cough relief</i>
MONOJECT PISTON	<i>morphine sulfate</i>	<i>childrens</i> 468
SYRINGE..... 393	<i>(concentrate)</i> 222	<i>mucus dm</i> 468
MONOJECT SMARTIP	<i>morphine sulfate (pf)</i> 223	<i>mucus relief chest</i>
SYR/CANNULA..... 405	<i>morphine sulfate er</i> 223	<i>congestion</i> 471
Monoject Sodium Chloride	<i>morphine sulfate er beads</i> 223	<i>mucus relief dm</i> 468
Flush..... 493	<i>morphine sulfate-nacl</i> 223	<i>mucus relief er</i> 471
MONOJECT SYRINGE..... 393	<i>mosquito (diagnostic)</i> 547	<i>mucus relief max st</i> 471
MONOJECT SYRINGE	MOTEGRITY..... 120	<i>mucus relief plus</i> 466
CATH TIP..... 393	<i>motion sickness relief</i> 291	<i>mucus relief severe</i>
MONOJECT SYRINGE ECC	<i>motion-time</i> 291	<i>cong/cold</i> 466
LUER..... 393	MOTOFEN..... 104	<i>mucus+chest congestion</i> . 471
MONOJECT SYRINGE	MOTRIN IB..... 201	<i>mugwort</i> 445
ECCENTRIC TIP..... 393	MOTRIN PM..... 449	MULPLETA..... 137
MONOJECT SYRINGE	<i>mountain cedar</i> 444	MULTAQ..... 239
LUER LOCK..... 393	<i>mouse epithelium</i> 444	MULTI COMPLETE..... 511
MONOJECT SYRINGE	MOVANTIK..... 121	<i>multi completeliron</i> 511
LUER-LOCK TIP..... 393	MOVIPREP..... 453	<i>multi for her</i> 511
	MOXEZA..... 157	<i>multi for her 50+</i> 511

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

MULTI FOR HIM.....	512	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	513	MYGLUCOHEALTH	
<i>multi for him 50+</i>	512	<i>multivitamin/fluoride</i>	523	LANCETS 30G.....	427
<i>multi prenatal</i>	528	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	523	MYLANTA MAXIMUM	
<i>multi vitamin daily</i>	495	<i>multivitamin/fluorideliron</i>	523	STRENGTH.....	235
<i>multi vitamin/minerals</i>	512	<i>multi-vitamin/fluorideliron</i>	523	MYLERAN.....	329
MULTIBASE.....	18	<i>multi-vitamin/liron</i>	503	MYLOTARG.....	324
<i>multi-day</i>	495	<i>multi-vitamin/minerals</i>	513	Myorisan.....	99
<i>multi-day plus iron</i>	502	<i>multivitamins/minerals</i>		MYOVIEV 30ML.....	549
<i>multi-day plus minerals</i>	512	<i>adult</i>	513	MYRBETRIQ.....	293
MULTI-DAY WEIGHT TRIM	512	<i>multivit-min gummies</i>		MYSOLINE.....	258
<i>multi-day/calcium/extra</i>		<i>childrens</i>	523	MYTESI.....	104
<i>iron</i>	502	MULTRYs.....	488	MYXREDLIN.....	278
<i>multi-draw needle</i>	394	<i>mupirocin</i>	60	<i>na ferric gluc cplx in</i>	
MULTIHANCE.....	546	<i>mupirocin calcium</i>	60	<i>sucrose</i>	142
<i>multi-lancet device</i>	427	MVASI.....	344	NABI-HB.....	50
MULTI-LANCET DEVICE 2.	427	MVW COMPLETE		<i>nabumetone</i>	201
MULTI-LEAN.....	512	FORMULATION.....	523	<i>nadolol</i>	365
<i>multiple vit/minerals/No</i>		MVW COMPLETE		<i>nafcillin sodium</i>	541
<i>iron</i>	512	FORMULATION D3000.....	523	<i>nafcillin sodium in</i>	
<i>multiple vitamin-folic acid</i>	495	MVW COMPLETE		<i>dextrose</i>	541
<i>multiple vitamins</i>	495	FORMULATION D5000.....	523	Nafrinse.....	491
<i>multiple vitamins essential</i>		MY CHOICE.....	243	NAFRINSE DAILY	
.....	495	MY WAY.....	243	ACIDULATED.....	175
<i>multiple vitamins/liron</i>	503	MYALEPT.....	106	NAFRINSE	
<i>multiple vitamins/womens</i>	512	MYAMBUTOL.....	38	DAILY/NEUTRAL.....	176
<i>multi-vit/liron/fluoride</i>	523	<i>myamulti</i>	513	Nafrinse Drops.....	491
<i>multivitamin</i>	512	MYCAPSSA.....	106	NAFRINSE WEEKLY.....	176
<i>multi-vitamin</i>	495	MYCO NAIL.....	61	<i>naftifine hcl</i>	68
<i>multivitamin & mineral</i>	512	MYCOBUTIN.....	38	NAFTIN.....	68
<i>multivitamin adults</i>	512	MYCOCIDE CLINICAL NS....	68	NAGLAZYME.....	112
<i>multivitamin adults 50+</i>	512	<i>mycophenolate mofetil</i>	377	<i>nalbuphine hcl</i>	226
<i>multivitamin childrens (w/</i>		<i>mycophenolate mofetil hcl</i>		NALFON.....	201
<i>fa)</i>	523	.....	377	<i>nalocet</i>	227
<i>multi-vitamin daily</i>	495	<i>mycophenolate sodium</i>	377	<i>naloxone hcl</i>	289
<i>multi-vitamin hpl/minerals</i>	498	MYCOZYL AC.....	65	<i>naltrexone hcl</i>	289
<i>multivitamin iron-free</i>	495	MYCOZYL AL.....	68	NAMENDA TITRATION PAK	
<i>multivitamin men 50+</i>	512	MYCOZYL AP.....	65	.....	187
<i>multi-vitamin menopausal</i>	512	MYDAYIS.....	570	NAMENDA XR.....	187
<i>multivitamin plus iron</i>		MYDRIACYL.....	169	NAMZARIC.....	188
<i>adult</i>	503	MYFEMBREE.....	440	NAPRELAN.....	201
<i>multivitamin women</i>	512	MYFORTIC.....	377	NAPROSYN.....	201
<i>multivitamin women 50+</i> ...	512			<i>naproxen</i>	201
				<i>naproxen sodium</i>	202

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>naproxen sodium er</i>	202	<i>needleless prn connectors</i>	NESTABS DHA.....	529
<i>naproxen-esomeprazole</i> ...	205	.....	NESTABS ONE.....	529
NARAMIN.....	313	<i>needleless prn port</i>	NETSPOT.....	549
<i>naratriptan hcl</i>	554	<i>converter</i>	Neuac.....	77
NARCAN.....	289	NEEVO DHA.....	NEULASTA.....	140
NARDIL.....	265	<i>nefazodone hcl</i>	NEULASTA ONPRO.....	140
NAROPIN.....	232	<i>nelarabine</i>	NEULUMEX.....	545
<i>nasal allergy 24 hour</i>	149	NEMBUTAL.....	NEUPOGEN.....	140
<i>nasal decongestant</i>	147	<i>neomycin sulfate</i>	NEUPRO.....	347
<i>nasal decongestant 12hr.</i>	147	<i>neomycin-bacitracin zn-</i>	NEURACEQ.....	549
<i>nasal decongestant max st</i>	147	<i>polymyx</i>	<i>neurin-sl</i>	139
<i>nasal mist</i>	472	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	NEURONTIN.....	258
NASAL MOIST.....	146	<i>neomycin-polymyxin-</i>	NEUTROGENA CLEAR	
NASCOBAL.....	138	<i>dexameth</i>	PORE.....	99
NATACHEW.....	528	<i>neomycin-polymyxin-</i>	NEVANAC.....	154
NATACYN.....	158	<i>gramicidin</i>	<i>nevirapine</i>	358
NATALVIT.....	528	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>nevirapine er</i>	358
NATAZIA.....	244	.....	NEW DAY.....	243
<i>nateglinide</i>	271	<i>neonatal + dha</i>	NEXAVAR.....	338
NATESTO.....	229	<i>neonatal 19</i>	NEXAVIR.....	376
NATPARA.....	109	<i>neonatal complete</i>	NEXIUM.....	477
NATROBA.....	92	<i>neonatal fe</i>	NEXIUM 24HR.....	477
<i>nat-rul b-50</i>	498	NEONATAL PLUS.....	NEXIUM I.V.....	477
<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	503	NEONATAL VITAMIN.....	NEXLETOL.....	295
<i>nat-rul iron</i>	142	Neo-Polycin.....	NEXLIZET.....	295
<i>natrul magnesium</i>	492	Neo-Polycin Hc.....	NEXPLANON.....	244
<i>nat-rul oyster calcium+vite</i>		NEOPROFEN.....	NEXTERONE.....	239
<i>d</i>	487	NEORAL.....	NEXTSTELLIS.....	250
<i>nat-rul vitamin d</i>	583	NEOSPORIN.....	NEXVIAZYME.....	115
<i>natural close hips</i>	581	NEOSPORIN + PAIN	<i>niacin er</i>	579
<i>natural fiber</i>	455	RELIEF MAX ST.....	<i>niacin er</i>	
<i>natural fiber laxative</i>	455	NEOSPORIN/BURN	<i>(antihyperlipidemic)</i>	297
<i>natural herb cough drops</i>	175	RELIEF.....	<i>niacin flush free</i>	48, 496
<i>natural vegetable fiber</i>	455	<i>neostigmine methylsulfate</i>	<i>niacinamide</i>	579
<i>natural vitamin a</i>	579	NEO-SYNALAR.....	NIACOR.....	297
<i>natural vitamin e</i>	585	NEOX 100.....	NIASPAN.....	297
NATURE-THROID.....	196	NEOX CORD 1K.....	<i>nicardipine hcl</i>	369
<i>nausea relief</i>	292	<i>nephro vitamins</i>	<i>nicardipine hcl in nacl</i>	369
NAYZILAM.....	254	NERLYNX.....	<i>nicotine</i>	192
<i>nebivolol hcl</i>	364	NESACAINE.....	<i>nicotine mini</i>	192
NEBUPENT.....	32	NESACAINE-MPF.....	<i>nicotine polacrilex</i>	192
Necon 0.5/35 (28).....	250	NESINA.....	<i>nicotine polacrilex mini</i>	192
		NESTABS.....	<i>nicotine step 1</i>	192

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>nicotine step 2</i>	192	<i>non-aspirin pain relief</i>	211	<i>nortriptyline hcl</i>	263
<i>nicotine step 3</i>	192	<i>non-aspirin pm</i>	449	NORVASC.....	369
NICOTROL.....	192	<i>non-aspirin pm extra</i>		NORVIR.....	357
NICOTROL NS.....	192	strength	449	NOURIANZ.....	347
<i>nifedipine</i>	369	Nora-Be.....	245	NOURISH.....	551
<i>nifedipine er</i>	369	NORDIPEN 5 INJECTION		NOVA SAFETY LANCETS	
<i>nifedipine er osmotic</i>		DEVICE.....	394	23G.....	427
release	369	NORDITROPIN FLEXPRO..	110	NOVA SAFETY LANCETS	
Nikki.....	250	<i>norepinephrine (base)-</i>		28G.....	427
NILANDRON.....	331	dextrose	578	NOVA SUREFLEX	
<i>nilutamide</i>	331	<i>norepinephrine bitartrate</i> ..	578	LANCETS.....	427
NIMBEX.....	153	<i>norepinephrine-dextrose</i> ..	578	NOVA SUREFLEX	
<i>nimodipine</i>	369	<i>norepinephrine-sodium</i>		LANCING DEVICE.....	427
NINLARO.....	337	chloride	578	NOVACHOR.....	103
NIPENT.....	339	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	250	NOVOEIGHT.....	132
NIPRIDE RTU.....	309	<i>norethindrone</i>	245	NOVOLIN 70/30.....	278
<i>nisoldipine er</i>	369	<i>norethindrone acetate</i>	560	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.	278
<i>nitazoxanide</i>	33	<i>norethindrone acet-ethinyl</i>		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	
NITHIODOTE.....	288	est	250	RELION.....	278
<i>nitisinone</i>	114	<i>norethindrone-eth</i>		NOVOLIN 70/30 RELION...	278
NITRO-BID.....	24	estradiol	441	NOVOLIN N.....	278
NITRO-DUR.....	24	<i>norethin-eth estradiol-fe</i> ...	250	NOVOLIN N FLEXPEN.....	278
<i>nitrofurantoin</i>	32	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	250	NOVOLIN N FLEXPEN	
<i>nitrofurantoin</i>		triphasic	246	RELION.....	278
macrocrystal	32	NORITATE.....	53	NOVOLIN N RELION.....	278
<i>nitrofurantoin monohyd</i>		Norlyda.....	245	NOVOLIN R.....	278
macro	32	Norlyroc.....	245	NOVOLIN R FLEXPEN.....	278
<i>nitroglycerin</i>	24	<i>normal saline flush</i>	493	NOVOLIN R FLEXPEN	
<i>nitroglycerin in d5w</i>	24	NORM-JECT LUER SLIP		RELION.....	278
NITROLINGUAL.....	25	SYRINGE.....	394	NOVOLIN R RELION.....	278
NITROMIST.....	25	NORMOSOL-M IN D5W.....	491	NOVOLOG.....	279
<i>nitroprusside sodium</i>	309	NORMOSOL-R.....	490	NOVOLOG 70/30 FLEXPEN	
NITROSTAT.....	25	NORMOSOL-R IN D5W.....	491	RELION.....	278
NITYR.....	114	NORMOSOL-R PH 7.4.....	490	NOVOLOG FLEXPEN.....	279
NIVA-PLUS.....	529	NORPACE.....	237	NOVOLOG FLEXPEN	
NIVESTYM.....	140	NORPACE CR.....	237	RELION.....	279
<i>nizatidine</i>	480	NORPRAMIN.....	263	NOVOLOG MIX 70/30.....	279
NIZORAL A-D.....	65	NORTHERA.....	577	NOVOLOG MIX 70/30	
<i>no flush niacin</i>	496	Nortrel 0.5/35 (28).....	250	FLEXPEN.....	279
NOCDURNA.....	115	Nortrel 1/35 (21).....	250	NOVOLOG MIX 70/30	
Nolix.....	85	Nortrel 1/35 (28).....	250	RELION.....	279
<i>non-aspirin childrens</i>	211	Nortrel 7/7/7.....	246	NOVOLOG PENFILL.....	279
<i>non-aspirin jr strength</i>	211			NOVOLOG RELION.....	279

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

NOVOPEN ECHO.....	394	OBSTETRIX EC.....	529	olmesartan medoxomil	.....	301, 302
NOVOSEVEN RT.....	132	OBSTETRIX ONE.....	529	olmesartan medoxomil-	hctz	305
NOXAFIL.....	321	OBTREX.....	529	olmesartan-amlodipine-	hctz	302
NOZIN NASAL SANITIZER.	146	OCALIVA.....	120	olopatadine hcl	146, 156	
np thyroid	196	OCCLUVAN.....	18	OLUMIANT.....	203	
NPLATE.....	137	Ocella.....	250	OLUX.....	86	
NUBEQA.....	331	OCREVUS.....	184	OLUX-E.....	86	
NUCALA.....	25	OCTAGAM.....	50, 51	OMBRA TABLE TOP		
NUCYNTA.....	223, 224	OCTAPLAS BLOOD		COMPRESSOR.....	437	
NUCYNTA ER.....	223	GROUP A.....	134	OMECLAMOX-PAK.....	472	
NUDEXTA.....	188	OCTAPLAS BLOOD		omega-3-acid ethyl esters	295	
NULIBRY.....	105	GROUP AB.....	134	OMEGAVEN.....	537	
NULOJIX.....	376	OCTAPLAS BLOOD		omeprazole	477	
NULYTELY LEMON-LIME... 453		GROUP B.....	134	omeprazole magnesium	477	
NUMBRINO.....	146	OCTAPLAS BLOOD		omeprazole-sodium		
NUPLAZID.....	39	GROUP O.....	134	bicarbonate	474	
NURTEC.....	553	octreotide acetate	106	OMIDRIA.....	164	
NUSHIELD.....	103	Ocucoat Viscoadherent.....	165	OMNARIS.....	149	
NUTRILIPID.....	537	OCUFLOX.....	157	OMNIBASE.....	18	
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	110	ocutabs	513	OMNIFLEX DIAPHRAGM... 411		
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	110	ocutabs-lutein	513	OMNIPAQUE.....	546	
NUTROPIN AQ NUSPIN 5..	110	OCUVITE EXTRA.....	513	OMNIPOD 5 PACK.....	408	
NUVARING.....	252	OCUVITE EYE + MULTI....	513	OMNIPOD DASH 5 PACK		
NUVESSA.....	557	OCUVITE EYE HEALTH		PODS.....	408	
NUVIGIL.....	568	FORMULA.....	513	OMNIPOD STARTER.....	408	
NUWIQ.....	132	ODACTRA.....	448	OMNISCAN.....	546	
NUZYRA.....	570	ODEFSEY.....	361	OMNITROPE.....	110	
Nyamyc.....	68	ODOMZO.....	336	ONCASPAR.....	341	
Nylia 7/7/7.....	246	odor control foot &		once daily	495	
NYMALIZE.....	369	sneaker	69	ondansetron	290	
Nymyo.....	250	ODOR EATERS		ondansetron hcl	290	
nystatin	68, 173, 321	ANTIFUNGAL.....	69	ONE A DAY PRENATAL....	529	
nystatin-triamcinolone	..... 61	ODOR EATERS		one daily	495	
Nystop.....	69	FOOT/SNEAKER SPRAY....	69	one daily 50 plus	513	
NYVEPRIA.....	140	OFEV.....	194	one daily adults 50+	513	
oat grain (diagnostic)	..... 547	OFIRMEV.....	211	one daily calciumliron	513	
OB COMPLETE.....	529	ofloxacin	157, 172, 449	one daily complete	513	
OB COMPLETE ONE.....	529	OGIVRI.....	325	one daily complete for		
OB COMPLETE PETITE....	529	olanzapine	40	men	513	
OB COMPLETE PREMIER.	529	olanzapine-fluoxetine hcl ..	187	ONE DAILY ESSENTIAL....	495	
OB COMPLETE/DHA.....	529	OLINVYK.....	224			
obizur	132	olive tree	445			
OBSTETRIX DHA.....	529					

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

one daily for men 50+ advanced	513	one-daily multi-vitamin	496	ORALYTE FREEZER POPS	489
one daily for men/lycopene	513	one-daily multi-vitamin/liron	503	orange (diagnostic)	547
one daily for women	514	one-daily/liron	503	ORAPRED ODT.....	384
one daily for women 50+ adv	513	ONELAX.....	456	ORAVIG.....	173
one daily healthy weight	514	ONEXTON.....	77	ORBACTIV.....	34
one daily healthy weight adv	514	ONFI.....	254	orchard grass pollen	445
one daily maximum	514	ONGENTYS.....	350, 351	ORENCIA.....	206, 207
one daily mens	514	ONGLYZA.....	275	ORENCIA CLICKJECT.....	206
one daily mens 50+ multivit	514	ONIVYDE.....	344	ORENITRAM.....	47
one daily mens 50+/lycopene	514	ONPATTRO.....	182	ORFADIN.....	114
one daily mens health	514	ONTRUZANT.....	325	ORGOVYX.....	331
one daily multivitamin/liron-free	514	ONUREG.....	333	ORIAHNN.....	440
one daily multivitamin adult	495	ONZETRA XSAIL.....	554	ORILISSA.....	106
one daily multivitamin men	514	OPCICON ONE-STEP.....	243	ORKAMBI.....	194
one daily multivitamin women	514	OPDIVO.....	325	ORLADEYO.....	130
one daily multivitamin/liron	503	OPSUMIT.....	46	orphenadrine citrate	178
one daily multivit-min adult	514	OPTICHAMBER DIAMOND	400	orphenadrine citrate er	178
ONE DAILY PLUS IRON	514	OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	400	Orphengesic Forte.....	177
one daily plus minerals	514	OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	400	Orsythia.....	250
one daily womens 50 plus	514	OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	400	ORTHOVISC.....	180
one daily womens 50+	514	optic-vites	515	ORTIKOS.....	384
one daily/minerals	514	optic-vites with lutein	515	OS-CAL EXTRA D3.....	487
ONE FLOW SPIROMETER.....	437	optimum pms	515	oseltamivir phosphate	362
one vite womens	529	OPTION 2.....	244	OSENI.....	274
one vite womens plus	529	OPTISON.....	546	Osmitol.....	439
ONE-A-DAY TEEN		OPZELURA.....	51	OSMOLEX ER.....	349
ADVANTAGE/HER.....	515	ORA-BLEND.....	16	OSMOPREP.....	462
ONE-A-DAY WOMENS		ORA-BLEND SF.....	16	OSPHENA.....	111
PRENATAL.....	529	ORABLOC.....	233	OSTEOPRIME ULTRA.....	515
ONE-A-DAY WOMENS		ORACEA.....	53	OTEZLA.....	206
PRENATAL 1.....	529	oral electrolyte freezer pops	489	OTIPRIO.....	172
one-daily multi vitamins	495	oral electrolytes	489	OTOVEL.....	173
		ORALAIR.....	448	OTREXUP.....	203
		Oralone.....	174	OVIDE.....	92
		oralseptic	174	oxacillin sodium	541
		ORALYTE.....	489	oxacillin sodium in dextrose	541
				oxandrolone	230
				oxaprozin	202
				OXAYDO.....	224
				oxazepam	23
				OXBRYTA.....	135

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>oxcarbazepine</i>	258	<i>pain reliever</i>	211	PALMERS NATURAL	
OXERVATE.....	167	<i>pain reliever pm</i>	449	VITAMIN E.....	90
<i>oxiconazole nitrate</i>	65	<i>pain reliever/fever reducer</i>	211	<i>palonosetron hcl</i>	290
OXISTAT.....	65	<i>pain relieving + lidocaine</i>	58	PALYNZIQ.....	113
OXLUMO.....	123	<i>pain relieving lidocaine</i>	58	PAMELOR.....	263
OXTELLAR XR.....	258	PALADIN.....	101	<i>pamidronate disodium</i>	108
<i>oxybutynin chloride</i>	294	PALFORZIA (12 MG DAILY		PAMPRIN ALL DAY RELIEF	
<i>oxybutynin chloride er</i>	294	DOSE).....	445	MAX ST.....	202
<i>oxycodone hcl</i>	224	PALFORZIA (120 MG		PANADOL CHILDRENS.....	211
<i>oxycodone hcl er</i>	224	DAILY DOSE).....	445	PANADOL EXTRA	
<i>oxycodone-</i>		PALFORZIA (160 MG		STRENGTH.....	211
<i>acetaminophen</i>	227, 228	DAILY DOSE).....	445	PANADOL INFANTS.....	211
OXYCONTIN.....	224	PALFORZIA (20 MG DAILY		PANCREAZE.....	552
<i>oxymorphone hcl</i>	224	DOSE).....	445	<i>pancuronium bromide</i>	153
<i>oxymorphone hcl er</i>	224	PALFORZIA (200 MG		PANDEL.....	86
<i>oxytocin</i>	539	DAILY DOSE).....	445	PANDOL PM EXTRA	
<i>oxytocin-lactated ringers</i>	539	PALFORZIA (240 MG		STRENGTH.....	449
<i>oxytocin-sodium chloride</i>	539	DAILY DOSE).....	445	PANHEMATIN.....	129
OXYTROL.....	294	PALFORZIA (3 MG DAILY		PANOXYL.....	99
OXYTROL FOR WOMEN.....	294	DOSE).....	445	PANOXYL CREAMY WASH.....	99
<i>oyster calcium/d3</i>	487	PALFORZIA (300 MG		PANOXYL FOAMING	
<i>oyster shell calcium</i>	484, 487	MAINTENANCE).....	445	WASH.....	99
<i>oyster shell calcium plus d</i>		PALFORZIA (300 MG		PANRETIN.....	103
.....	487	TITRATION).....	445	<i>pantoprazole sodium</i>	477
<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	487	PALFORZIA (40 MG DAILY		PANZYGA.....	50
OYSTERCAL.....	484	DOSE).....	445	<i>papaverine hcl</i>	48
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PALFORZIA (6 MG DAILY		PARADIGM PUMP	
MG/DOSE).....	270	DOSE).....	445	RESERVOIR 1.8ML.....	408
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	271	PALFORZIA (80 MG DAILY		PARADIGM PUMP	
OZOBAX.....	178	DOSE).....	445	RESERVOIR 3ML.....	408
OZURDEX.....	166	PALFORZIA INITIAL		PARADIGM REAL-TIME	
Pacerone.....	239	ESCALATION.....	445	TRANSMITTER.....	427
PADCEV.....	325	PALINGEN FLOW.....	103	PARADIGM SILHOUETTE	
<i>pain & fever childrens</i>	211	PALINGEN		COMBO 23".....	408
<i>pain & fever infants</i>	211	HYDROMEMBRANE.....	103	PARADIGM SILHOUETTE	
<i>pain relief</i>	211	PALINGEN INOVOFLO.....	103	COMBO 43".....	408
<i>pain relief childrens</i>	211	PALINGEN MEMBRANE.....	103	PARAGARD	
<i>pain relief extra strength</i>	211	PALINGEN XPLUS		INTRAUTERINE COPPER.....	243
<i>pain relief maximum</i>		HYDROMEMBRANE.....	103	PAREMYD.....	170
<i>strength</i>	58	PALINGEN XPLUS		PARI MANUAL	
<i>pain relief regular strength</i>		MEMBRANE.....	103	INTERRUPTER.....	437
.....	211	<i>paliperidone er</i>	40	PARI TREK S COMBO	
<i>pain relief roll-on</i>	58			PACK.....	437

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>paricalcitol</i>	114	<i>peak flow meter universal</i>		<i>penicillin g sodium</i>	541
PARLODEL.....	349	<i>rang</i>	401	<i>penicillin v potassium</i>	541
PARNATE.....	266	<i>peanut (diagnostic)</i>	547	<i>penicillium notatum</i> ...445, 547	
<i>paromomycin sulfate</i>	197	<i>pecan nut (diagnostic)</i>	547	PENNSAID.....	52
<i>paroxetine hcl</i>	267	<i>ped electrolyte freeze</i>		<i>pensomal</i>	19
<i>paroxetine hcl er</i>	267	<i>pops</i>	489	PENTACEL.....	573
<i>paroxetine mesylate</i>	186	<i>ped electrolyte freezer</i>		PENTAM.....	32
PARSABIV.....	106	<i>pops</i>	489	<i>pentamidine isethionate</i>	33
PASER.....	38	PEDIA VANCE.....	489	PENTASA.....	119
PATADAY.....	156	PEDIACARE CHILDREN... 211		<i>pentazocine-naloxone hcl</i> ..226	
PATANASE.....	146	PEDIACARE CHILDRENS		<i>pentetate calcium</i>	
PAXIL.....	267	ALLERGY.....	313	<i>trisodium</i>	287
PAXIL CR.....	267	PEDIACARE		<i>pentetate zinc trisodium</i> ... 287	
<i>pc lancets super thin 30g</i> .. 427		COUGH/CONGESTION.....	468	<i>pentobarbital sodium</i>	450
<i>pc pediatric iron drops</i>	142	PEDIACARE INFANT		<i>pentoxifylline er</i>	127
<i>pc pediatric poly-vitalfe</i>		FEVER/PAIN.....	211	PEPCID.....	480
<i>drop</i>	523	PEDIACARE INFANTS.....	212	PERCOCET.....	228
<i>pc pediatric poly-vitamin</i>		PEDIACARE INFANTS GAS		PERDIEM OVERNIGHT	
<i>drop</i>	523	RELIEF.....	121	RELIEF.....	456
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>		PEDIAPRED.....	384	<i>perennial rye grass pollen</i> 446	
<i>drops</i>	523	PEDIARIX.....	573	PERFECT LANCETS 28G.. 427	
PCCA ACACIA SYRUP		<i>pediatric electrolyte</i>	489	PERFECT LANCETS 30G.. 427	
BASE.....	16	<i>pediatric electrolyte-zinc</i> .. 489		PERFOROMIST.....	26
PCCA ANHYDROUS BASE.. 18		PEDVAX HIB.....	574	PERIDEX.....	174
PCCA COBASE #1.....	18	<i>peg 3350</i>	461	PERIKABIVEN.....	539
PCCA COSMETIC HRT		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-</i>		<i>perindopril erbumine</i>	307
BASE.....	19	<i>nacl</i>	453	Periogard.....	174
PCCA CUSTOM LIPO-MAX.. 19		<i>peg ointment base</i>	19	<i>permethrin</i>	92
PCCA LIPOSOMIC BASE		<i>peg-3350/electrolytes</i>	453	<i>perphenazine</i>	44
DRY.....	19	<i>peg-</i>		<i>perphenazine-amitriptyline</i>	
PCCA LIPOSOMIC BASE		<i>3350/electrolytes/ascorbat</i> 454		.....	189
NORMAL.....	19	PEGASYS.....	355	PERRY PRENATAL.....	530
PCCA LIPOSOMIC BASE		<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na</i>		PERSERIS.....	40
OILY.....	19	<i>asc-c</i>	454	PERSONAL BEST FULL	
PCCA LIPOSOMIC BASE		PEG-PREP.....	454	RANGE.....	401
SENSITIVE.....	19	PEMAZYRE.....	335	PERTZYE.....	552
PCCA SWEET-SF.....	16	PENCREAM.....	19	<i>petrolatum white</i>	19
PCCA SYRUP VEHICLE.....	16	<i>penderm</i>	19	<i>petroleum jelly</i>	19
PCCA-PLUS.....	16	<i>penicillamine</i>	375, 376	PEXEVA.....	268
<i>peak a-i-r flow meter</i>	401	<i>penicillin g pot in dextrose</i>		<i>pfizer covid-19 vac-tris 5-</i>	
PEAK AIR PEAK FLOW		.....	541	<i>11y</i>	576
METER.....	401	<i>penicillin g potassium</i>	541	<i>pfizer-biont covid-19 vac-</i>	
		<i>penicillin g procaine</i>	541	<i>tris</i>	576

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

pfizer-biontech covid-19 vacc.....576	phentermine hcl.....565	pioglitazone hcl 284
PFIZERPEN..... 541	phentolamine mesylate.....300	pioglitazone hcl-glimepiride 273
ph strips 542	phenylephrine hcl 169, 578	pioglitazone hcl-metformin hcl 284
pharbechlor.....310	phenylephrine hcl-nacl 578, 579	pip lancets 28g.....427
pharbedryl.....313	PHENYTEK..... 261	pip lancets 30g.....427
pharbinex 471	phenytoin 261	piperacillin sod-tazobactam so.....540
pharmacist choice d-vitamin 583	Phenytoin Infatabs.....261	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)..... 342
PHARMACY COUNTER	phenytoin sodium.....261	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)..... 342
LANCETS..... 427	phenytoin sodium extended.....261	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)..... 342
PHASEAL CAP FOR INJECTOR.....405	PHESGO..... 340	Pirmella 1/35.....250
PHASEAL CONNECTOR	PHEXXI..... 556	Pirmella 7/7/7.....246
LUER LOCK..... 405	Philith..... 250	piroxicam.....202
PHASEAL INFUSION ADAPTER.....405	PHILLIPS STOOL SOFTENER..... 459	pistachio nut (diagnostic).....547
PHASEAL INFUSION CLAMP..... 406	phoma exigua 446	PITOCIN..... 539
PHASEAL INJECTOR LUER LOCK.....406	PHOSLYRA..... 117	PKU EASY.....551
PHASEAL IV BAG HANGER..... 406	Phospha 250 Neutral.....491	PKU EASY MICROTABS.... 551
PHASEAL PROTECTOR 14406	phosphorous.....491	PKU GO.....551
PHASEAL PROTECTOR 21406	Phospho-Trin 250 Neutral... 491	PLAQUENIL..... 347
PHASEAL PROTECTOR 28406	PHOTOFRIN..... 333	PLASBUMIN-25..... 134
PHASEAL PROTECTOR 50406	PHOTREXA VISCOUS.....162	PLASBUMIN-5.....134
PHASEAL SECONDARY SET.....406	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT..... 162	PLASMA-LYTE 148..... 490
PHASEAL SYRINGE TRAY	phoxillum b22k4/0 380	PLASMA-LYTE A..... 490
PHASEAL Y-SITE CONNECTOR..... 406	phoxillum bk4/2.5 380	PLASMANATE..... 134
PHAZYME..... 121	Physiolyte..... 380	PLAVIX..... 128
phenaseptic.....174	Physiosol Irrigation..... 380	PLEGISOL.....47
PHENAZO..... 124	phytonadione 585	PLEGRIDY..... 186
phendimetrazine tartrate ...565	PIFELTRO..... 358	PLEGRIDY STARTER
phendimetrazine tartrate er 565	PIKO 1..... 401	PACK.....186
phenelzine sulfate 266	pilocarpine hcl 169, 174	Plenammine.....538
PHENERGAN.....315	pimecrolimus 93	PLENVU..... 454
phenobarbital.....450	pimozide 187	PLO GEL - MEDIFLO..... 19
phenobarbital sodium 450	Pimtrea..... 242	PLO GEL - MEDIFLO 30
phenoxybenzamine hcl 300	pin-away 295	PRE-MIXED..... 19
	pindolol.....365	PLO GEL - MEDIFLO PRE-MIXED..... 19
	pink bismuth 285	plo transdermal.....19
	pink bismuth maximum strength 285	PLO20 FLOWABLE..... 19
	pinworm medicine 295	
	PINXAV..... 101	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

PNEUMOVAX 23.....	574	PONVORY STARTER		PRED MILD.....	166
<i>pnv tabs 20-1</i>	530	PACK.....	190	PRED-G.....	161
<i>pnv tabs 29-1</i>	530	<i>pork (diagnostic)</i>	547	PRED-G S.O.P.....	161
<i>pnv-dha</i>	530	Portia-28.....	250	<i>prednicarbate</i>	86
<i>pnv-dha+docusate</i>	530	PORTRAZZA.....	327	<i>prednisolone</i>	384
<i>pnv-omega</i>	530	<i>posaconazole</i>	321	<i>prednisolone acetate</i>	166
<i>pnv-select</i>	530	<i>pot & sod cit-cit ac</i>	125	<i>prednisolone sodium</i>	
POCKET CHAMBER.....	400	<i>potassium acetate</i>	493	<i>phosphate</i>	166, 384
POCKET PEAK FLOW		<i>potassium chloride</i>	493	<i>prednisone</i>	384, 385
METER.....	401	<i>potassium chloride crys er</i>		PREDNISONO INTENSOL..	384
POCKET SPACER.....	400	.....	493	<i>preferred plus glucose</i>	280
POCKETPEAK PEAK		<i>potassium chloride er</i>	493	<i>preferred plus insulin</i>	
FLOW METER.....	401	<i>potassium chloride in</i>		<i>syringe</i>	394
<i>podofilox</i>	55	<i>dextrose</i>	491	<i>preferred plus lancets</i>	
POGO AUTOMATIC		<i>potassium chloride in nacl</i>		<i>colored</i>	428
BLOOD GLUCOSE.....	428	.....	490	<i>preferred plus lancets thin</i>	428
POGO AUTOMATIC TEST		<i>potassium citrate er</i>	125	PREFEST.....	441
CARTRIDGES.....	542	<i>potassium citrate-citric</i>		<i>pregabalin</i>	258
POINT OF CARE LM-2.5....	233	<i>acid</i>	125	<i>pregabalin er</i>	183
POLIVY.....	324	<i>potassium gluconate</i>	493	<i>pregen dha</i>	530
POLOCAINE.....	232	<i>potassium phosphates</i>	491	<i>pregenna</i>	530
Polocaine-Mpf.....	232	<i>potassium phosphates(66</i>		PREMARIN.....	442, 559
<i>poly bacitracin</i>	95	<i>meq k)</i>	491	PREMASOL.....	538
Polycin.....	159	<i>potassium phosphates(71</i>		PREMESISRX.....	530
<i>polyethylene glycol 3350</i> ..	461	<i>meq k)</i>	491	<i>premium condoms</i>	
<i>polyethylene glycol 8000</i>	19	POTELIGEO.....	323	<i>lubricated</i>	402
<i>polymyxin b sulfate</i>	36	PRALUENT.....	299	PREMPHASE.....	441
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	159	<i>pramipexole</i>		PREMPRO.....	441
<i>polysaccharide iron</i>		<i>dihydrochloride</i>	347, 351	<i>prena 1 true</i>	530
<i>complex</i>	142	<i>pramipexole</i>		<i>prena1</i>	530
<i>polysaccharide-iron</i>		<i>dihydrochloride er</i>	347	<i>prena1 pearl</i>	530
<i>complex</i>	142	PRAMOTIC.....	173	<i>prenaissance</i>	530
POLYTRIM.....	160	<i>pravastatin sodium</i>	298	<i>prenaissance plus</i>	530
POLY-VI-FLOR.....	524	PRAXBIND.....	287	<i>prenara</i>	530
POLY-VI-FLOR/IRON.....	524	<i>praziquantel</i>	295	<i>prenatabs fa</i>	530
POLY-VI-SOL.....	524	<i>prazosin hcl</i>	303	PRENATABS RX.....	530
POLY-VI-SOL/IRON.....	524	PRECEDEX.....	452, 453	<i>prenatal</i>	531
<i>poly-vita</i>	524	PRECISION SURE-DOSE		<i>prenatal (wliron & fa)</i>	530
<i>poly-vitaliron</i>	524	SYRINGE.....	394	<i>prenatal + complete multi</i>	530
<i>poly-vite pediatric</i>	524	PRECISION THINS GP		<i>prenatal 19</i>	530
<i>poly-viteliron</i>	524	LANCETS.....	428	<i>prenatal adult</i>	
POMALYST.....	338	PRECOSE.....	275	<i>gummy/dhalfa</i>	531
PONVORY.....	190	PRED FORTE.....	166	<i>prenatal complete</i>	531

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>prenatal dha</i>	539	<i>pretomanid</i>	38	PRO COMFORT INSULIN	
<i>prenatal formula</i>	531	PREVACARE		SYRINGE.....	394
<i>pre-natal formula</i>	531	ANTIMICROBIAL.....	94	<i>pro comfort pen needles</i> ...	394
<i>prenatal formula a-free</i>	531	PREVACID.....	477	PROAIR DIGIHALER.....	27
<i>prenatal forte</i>	531	PREVACID 24HR.....	477	PROAIR HFA.....	27
<i>prenatal gummies/dha & fa</i>		PREVACID SOLUTAB.....	477	PROAIR RESPICLICK.....	27
.....	531	Prevalite.....	300	<i>probenecid</i>	181
<i>prenatal multi +dha</i>	531	PREVIDENT.....	176	<i>procainamide hcl</i>	237
PRENATAL MULTIVITAMIN		PREVIDENT 5000		<i>procaine hcl</i>	232
+ DHA.....	531	BOOSTER PLUS.....	176	PROCALAMINE.....	538
<i>prenatal multivitamin plus</i>		PREVIDENT 5000 DRY		PROCARDIA XL.....	370
<i>dha</i>	531	MOUTH.....	176	Procentra.....	564
<i>prenatal one daily</i>	531	PREVIDENT 5000 ENAMEL		<i>prochlorperazine</i>	44
<i>prenatal plus iron</i>	531	PROTECT.....	175	<i>prochlorperazine edisylate</i> ..	44
<i>prenatal vitamin</i>	531	PREVIDENT 5000 ORTHO		<i>prochlorperazine maleate</i> ..	44
<i>prenatal vitamin and</i>		DEFENSE.....	176	PROCRIT.....	136
<i>mineral</i>	531	PREVIDENT 5000 PLUS.....	176	PROCTOCORT.....	21
<i>prenatal vitamin plus low</i>		PREVIDENT 5000		PROCTOFOAM HC.....	20
<i>iron</i>	531	SENSITIVE.....	175	Procto-Med Hc.....	21
<i>prenatal vitamin/min +dha</i>	531	Previfem.....	250	Procto-Pak.....	21
<i>prenatal vitamins</i>	532	PREVNAR 13.....	574	Proctosol Hc.....	21
<i>prenatal iron</i>	532	PREVNAR 20.....	574	Proctozone-Hc.....	22
<i>prenatal omega-3/faliron</i> ...	532	PREVYMIS.....	352	PROCYSBI.....	124
<i>prenatal+dha</i>	532	PREZCOBIX.....	361	PRODIGY INSULIN	
PRENATAL-U.....	532	PREZISTA.....	357	SYRINGE.....	394
PRENATE.....	532	PRIALT.....	213	<i>pro-ex antifungal</i>	65
PRENATE AM.....	532	PRIFTIN.....	38	PROFILNINE.....	132
PRENATE DHA.....	532	PRILOSEC.....	477	<i>progesterone</i>	560
PRENATE ELITE.....	532	PRILOSEC OTC.....	477	PROGLYCEM.....	282
PRENATE ENHANCE.....	532	PRIMACARE.....	533	PROGRAF.....	378
PRENATE ESSENTIAL.....	532	<i>primaquine phosphate</i>	347	PROHANCE.....	547
PRENATE MINI.....	532	PRIMAXIN IV.....	34	PROLASTIN-C.....	195
PRENATE PIXIE.....	532	<i>primidone</i>	258	PROLATE.....	228
PRENATE RESTORE.....	532	PRISMASOL B22GK 4/0.....	380	PROLENSA.....	154
<i>prenatvite complete</i>	532	PRISMASOL BGK 0/2.5.....	380	PROLEUKIN.....	339
<i>prenatvite plus</i>	532	PRISMASOL BGK 2/0.....	380	PROLIA.....	111
<i>prenatvite rx</i>	532	PRISMASOL BGK 2/3.5.....	380	PROMACTA.....	137
PREPARATION H.....	86	PRISMASOL BGK 4/0/1.2...	380	<i>promethazine hcl</i>	315
PRE-PEN.....	544	PRISMASOL BGK 4/2.5.....	380	<i>promethazine vc</i>	470
PREPIDIL.....	539	PRISMASOL BK 0/0/1.2.....	381	<i>promethazine vc/codeine</i> ..	465
<i>preplus</i>	532	PRISTIQ.....	269	<i>promethazine-codeine</i>	465
PRESTALIA.....	306, 307	<i>privet</i>	446	<i>promethazine-dm</i>	465
<i>pretab</i>	532	PRIVIGEN.....	50		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>promethazine-phenyleph- codeine</i>	465	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i> 464	<i>px docusate sodium</i>	459
<i>promethazine- phenylephrine</i>	470	<i>pseudoephedrine hcl</i>	<i>px effervescent</i>	214
PROMETHEGAN.....	315	<i>p-siloxan ds</i>	<i>px enteric aspirin</i>	218
PROMETRIUM.....	560	<i>psorcon</i>	<i>px folic acid</i>	135
PROMISEB.....	74	PSS SELECT GP LANCETS	<i>px glucose</i>	280
PRONUTRIENTS		.....	<i>px glycerin</i>	461
CALCIUM+D3.....	487	PSS SELECT PLATFORMS	<i>px headache relief added st</i>	214
PRONUTRIENTS VITAMIN		LANCETS.....	<i>px hemorrhoidal</i>	21
D3.....	583	<i>psyllium fiber</i>	<i>px hydrocream</i>	86
<i>propafenone hcl</i>	238	PULMICORT.....	<i>px insulin syringe</i>	394
<i>propafenone hcl er</i>	238	PULMICORT FLEXHALER... 30	<i>px iron</i>	142
<i>proparacaine hcl</i>	154	PULMOZYME.....	<i>px lancets microthin 33g..</i>	428
<i>proparacaine-fluorescein</i> ..	170	<i>pure calcium carbonate</i> ... 484	<i>px lancets ultra thin</i>	404
PROPEL.....	149	<i>pure comfort flow meter adult</i>	<i>px lancets ultra thin 28g...</i>	428
PROPEL MINI.....	149	<i>pure comfort flow meter child</i>	<i>px mens multivitamins</i>	515
<i>propofol</i>	230	<i>purified water</i>	<i>px miconazole 3-day combo</i>	558
<i>propofol-lipuro</i>	230	PURIXAN.....	<i>px nasal decongestant</i>	147
<i>propranolol hcl</i>	365	<i>px advanced formula multivits</i>	<i>px niacin</i>	579
<i>propranolol hcl er</i>	365	<i>px advanced lancing device</i>	<i>px omeprazole</i>	478
<i>propylthiouracil</i>	196	<i>px allergy</i>	<i>px prenatal multivitamins</i> ..	533
PROQUAD.....	573	<i>px allergy relief</i>	<i>px stomach relief</i>	285
PROSCAR.....	126	<i>px allergy relief loratadine</i>	<i>px stomach relief max st</i> ..	285
PROSIGHT.....	515	318	<i>px stop smoking aid</i>	192
PROSOL.....	538	<i>px antacid maximum strength</i>	<i>px tussin max</i>	468
PROSTIN VR.....	378	<i>px antacid regular strength</i>	<i>px vegetable laxative</i>	456
<i>protamine sulfate</i>	133	<i>px anti-diarrheal</i>	<i>px vitamin a</i>	579
PROTONIX.....	477, 478	<i>px artificial tears</i>	<i>px vitamin c</i>	581
PROTOPAM CHLORIDE... 288		<i>px aspirin</i>	<i>px vitamin e</i>	585
PROTOPIC.....	93	<i>px athletic foot</i>	PYLARIFY.....	549
<i>protriptyline hcl</i>	263	<i>px b complex/vitamin c</i>	PYLERA.....	472
PROVAYBLUE.....	288	500	<i>pyrazinamide</i>	38
PROVENGE.....	339	PX B-50.....	<i>pyridostigmine bromide</i>	37
PROVENTIL HFA.....	27	<i>px calcium&d</i>	<i>pyridostigmine bromide er</i> ..	37
PROVERA.....	560	<i>px childrens pain relief</i>	<i>pyridoxine hcl</i>	580
PROVIDA OB.....	533	212	<i>pyrimethamine</i>	347
PROVIGIL.....	568	<i>px childrens profen ib</i>	QBRELIS.....	307
PROVISC.....	165	202	QBREXZA.....	101
PROVOCHOLINE.....	544	PX CHILDRENS VITAMIN..	<i>qc 3 day</i>	558
Proxivol.....	58	<i>px complete senior multivits</i>	<i>qc acetaminophen 8hr arth pain</i>	212
PROZAC.....	268	515		
PRUDOXIN.....	71			

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>qc acetaminophen 8hr</i>	<i>qc docusate calcium</i>	<i>qc multi-vite 50 & over</i>
<i>musc ache</i>	<i>qc ear wax removal</i>	<i>qc natura-lax</i>
<i>qc advanced lancing</i>	<i>qc earwax removal</i>	<i>qc niacin</i>
<i>device</i>	<i>qc earwax removal kit</i>	<i>qc nicotine transdermal</i>
<i>qc alcohol swabs</i>	<i>qc enteric aspirin</i>	<i>system</i>
<i>qc allergy childrens</i>	<i>qc epsom salt</i>	<i>qc non-aspirin 8 hour</i>
<i>qc allergy relief..</i>	<i>qc esomeprazole</i>	<i>qc non-aspirin childrens</i> ...
<i>qc allergy relief 4-hour</i>	<i>magnesium</i>	<i>qc omeprazole magnesium</i>
<i>qc allergy relief childrens</i>	<i>qc essentials</i>.....	.....
<i>qc antacid</i>	<i>qc eye drops</i>	<i>qc pain relief childrens</i>
<i>qc antacid ultra strength</i> ...	<i>qc ferrous sulfate</i>	<i>qc pain relief infants</i>
<i>qc antacid/anti-gas</i>	<i>qc fiber therapy</i>	<i>qc petroleum jelly</i>
<i>qc artificial tears</i>	<i>qc folic acid</i>	<i>qc pink bismuth</i>
<i>qc aspirin</i>	<i>qc gas relief</i>	<i>qc potassium</i>
<i>qc aspirin low dose</i>	<i>qc gas relief extra strength</i>	<i>qc prenatal</i>
<i>qc athletes foot</i>.....	.....	<i>qc saline nasal relief</i>
<i>qc azo</i>	<i>qc gentle laxative</i>	<i>qc severe allergy</i>
<i>qc b50 prolonged release</i>	<i>qc glycerin</i>	<i>qc sleep-aid max st</i>
<i>qc bacitracin</i>	<i>qc hair skin & nails</i>	<i>qc sore throat</i>
<i>qc b-complex/vitamin c</i>	<i>qc headache relief pm</i>	<i>qc stool softener</i>
<i>qc biotin</i>	<i>qc hemorrhoidal</i>	<i>qc stool softener pls</i>
<i>qc calcium 600</i>	<i>qc ibuprofen</i>	<i>laxative</i>
<i>+d3/minerals</i>	<i>qc lancets super thin 30g</i>	<i>qc therin-m</i>
<i>qc calcium fast dissolution</i>	<i>qc lancets ultra thin</i>	<i>qc tolnaftate</i>
.....	<i>qc lansoprazole</i>	<i>qc travel ease</i>
<i>qc childrens aspirin</i>	<i>qc lidocaine pain relief</i>	<i>qc triple antibiotic max st</i> ...
<i>qc childrens complete</i>	<i>qc loratadine allergy relief</i>	<i>qc tussin dm</i>
<i>qc childrens ibuprofen</i>	<i>qc magnesium</i>	<i>cough/congestion</i>
<i>qc childrens</i>	<i>qc medifin mucus relief</i>	<i>qc unilet lancets 28g</i>
<i>vitamins/extra c</i>	<i>child</i>	<i>qc unilet lancets micro</i>
<i>qc childrens vitamins/liron</i>	<i>qc melatonin max st</i>	<i>thin</i>
<i>qc chlor-pheniramine</i>	<i>qc mens daily multivitamin</i>	<i>qc urinary pain relief</i>
<i>qc clotrimazole</i>.....	.....	<i>qc urinary pain relief max</i>
<i>qc cold relief</i>	<i>qc menstrual complete</i>	<i>st</i>
<i>qc complete allergy</i>	<i>max st</i>	<i>qc vitamin b1</i>
<i>medicine</i>	<i>qc miconazole 7</i>	<i>qc vitamin b12</i>
<i>qc daily</i>	<i>qc motion sickness relief</i> ..	<i>qc vitamin b6</i>
<i>multivit/multimineral</i>	<i>qc mucus & cough relief</i>	<i>qc vitamin c</i>
<i>qc daily multivitamins/liron</i>	<i>child</i>	<i>qc vitamin c with rose hips</i>
.....	<i>qc mucus relief childrens</i>	.....
<i>qc diaper rash</i>	<i>qc mucus relief dm max</i> ...	<i>qc vitamin d3</i>
<i>qc diarrhea relief</i>	<i>qc mucus relief er</i>	<i>qc vitamin e</i>
<i>qc diclofenac sodium</i>	<i>qc mucus relief max st</i>	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

qc womens daily multivitamin	515	ra allergy relf & nasal decong	470	ra calcium/vitamin dlminerals	488
qc zinc	494	ra allergy relief	310, 314	ra capsicum hot patch	58
QDOLO.....	224	ra allergy relief (loratadine)	318	ra central-vite mens mature	515
QELBREE.....	562	ra allergy relief childrens	314, 318	ra central-vite womens mature	515
QINLOCK.....	338	ra allergy rlf/nasal decongest	470	ra childrens fever/pain	212
QNASL.....	149	ra allergy/congestion	470	ra chlorpheniramine maleate	310
QNASL CHILDRENS.....	149	ra antacid	237	ra clotrimazole	65
QSYMIA.....	565	ra antacid ultra strength ...	237	ra clotrimazole 7	558
QTERN.....	274	ra antacid/anti-gas	235	ra col-rite	459
QUADRACEL.....	573	ra antacid/anti-gas max st	235	ra complete allergy	314
QUADRAMET.....	346	ra antacid/gas relief max st	235	ra dairy relief fast acting ...	552
QUALAQUIN.....	347	ra antibiotic + pain relief	95	ra daylogic acne foaming wash	99
QUARTETTE.....	243	ra antifungal foot care	69	RA DIPHEDRYL ALLERGY	314
QUDEXY XR.....	258	ra anti-itch maximum strength	86	ra double antibiotic	95
queen palm	446	ra antiseptic skin cleanser	351	ra earwax removal kit	172
QUELICIN.....	152	ra aspirin	218	ra esomeprazole magnesium	478
QUESTRAN.....	300	ra aspirin adult low dose ..	218	ra eye allergy relief	160
QUESTRAN LIGHT.....	300	ra aspirin adult low strength	218	ra eye itch relief	156
quetiapine fumarate	42	ra aspirin childrens	218	RA E-ZJECT LANCETS 28G	428
quetiapine fumarate er	42	ra aspirin ec	218	RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G.....	428
QUFLORA FE PEDIATRIC.....	524	ra aspirin ec adult low st ...	218	RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G.....	428
QUFLORA GUMMIES.....	524	ra atheletes foot	65	RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN.....	429
QUFLORA PEDIATRIC.....	524	ra athletes foot	65	ra fast relief laxative	456
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST.....	543	ra bacitracin	60	ra fever reducer/pain reliever	212
QUILLICHEW ER.....	568, 569	ra bacitracin zinc first aid ...	60	ra folic acid	135
QUILLIVANT XR.....	569	ra balanced b-100 cr	501	ra foot care (terbinafine)	69
quin b strong b-25	501	ra balanced b-50 tr	501	ra foot care (tolnaftate)	69
quinapril hcl	307	ra biotin	579	ra gas relief	122
quinapril- hydrochlorothiazide	308	ra budesonide	149	ra gas relief ultra strength	122
quinidine gluconate er	238	ra calcium 600/vit dlminerals	487	ra glucose	280
quinidine sulfate	238	ra calcium citrate plus vit d	487	ra glycerin	91
quinine sulfate	347	ra calcium high potency ...	484	ra headache formula	214
QULIPTA.....	553	ra calcium plus vitamin d ..	487		
QUZYTIR.....	318	ra calcium plus vitamin d3	487		
QVAR REDIHALER.....	30				
ra 2-in-1 lax/stool softener	462				
ra acid reducer plus antacid	474				
ra allergy	314				
ra allergy medication	314				

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>ra hemorrhoidal</i>	21	<i>ra potassium gluconate</i>	493	RAZADYNE ER.....	188
<i>ra hydrocortisone plus</i>	75	<i>ra prenatal</i>	533	REACT.....	244
<i>ra hydrocortisone plus 12</i> ...	86	<i>ra prenatal formula</i>	533	READI-CAT 2.....	545
<i>ra ibuprofen childrens</i>	202	<i>ra saline enema</i>	462	READYLANCE SAFETY	
<i>ra insulin syringe</i>	395	<i>ra sinus/congestion relief</i> .	147	LANCETS.....	429
<i>ra iron</i>	142	<i>ra sore throat</i>	174	REAL HEAL-I.....	73
<i>ra jock itch</i>	65	<i>ra stomach relief</i>	286	<i>reality insulin syringe</i>	395
<i>ra jock itch max st</i>	69	<i>ra stool softener</i>	459	<i>reality lancets</i>	404
<i>ra laxative</i>	456, 461	<i>ra suphedrine</i>	147	REALITY LATEX	
<i>ra lice maximum strength</i> ...	74	<i>ra tioconazole 1</i>	558	CONDOMS.....	402
<i>ra lice solution</i>	74	<i>ra tussin chest congestion</i>		REALITY LATEX/ULTRA	
<i>ra lice treatment</i>	92	.....	471	TEXTURED.....	402
<i>ra lidocaine pain relieving</i> ..	58	<i>ra tussin cough dm sugar</i>		REALITY LATEX/ULTRA	
<i>ra loratadine</i>	319	<i>free</i>	468	THIN.....	403
<i>ra lubricant eye</i>	163	<i>ra vitamin b-6</i>	580	<i>reality trigger lancets</i>	429
<i>ra lubricant eye drops</i>	168	<i>ra vitamin c</i>	581	REBIF.....	186
<i>ra melatonin</i>	483	<i>ra vitamin e</i>	585	REBIF REBIDOSE.....	186
<i>ra miconazole 3 combo</i>		<i>ra vitamin e natural</i>	585	REBIF REBIDOSE	
<i>pack</i>	558	<i>ra vitamins complete</i>		TITRATION PACK.....	186
<i>ra miconazole 7</i>	558	<i>childrens</i>	524	REBIF TITRATION PACK...	186
<i>ra mini nicotine</i>	193	RABAVERT.....	576	REBINYN.....	132
<i>ra motion sickness relief</i> ..	291	<i>rabbit epithelium</i>	446	REBLOZYL.....	134
<i>ra mucus relief dm</i>	468	<i>rabeprazole sodium</i>	478	RECARBRIO.....	34
<i>ra mucus relief max st</i>	471	RADIANCE PLATINUM		RECLAST.....	108
<i>ra nasal allergy</i>	149	VITAMIN D3.....	583	Reclipsen.....	250
<i>ra natural magnesium</i>	492	RADICAVA.....	152	RECOMBINATE.....	133
<i>ra natural vitamin e</i>	585	RADIOGARDASE.....	289	RECOMBIVAX HB.....	576
<i>ra nicotine</i>	193	RAGWITEK.....	446	RECOTHROM.....	144
<i>ra nicotine gum</i>	193	<i>raloxifene hcl</i>	111	RECOTHROM SPRAY KIT.	144
<i>ra nicotine polacrilex</i>	193	<i>ramelteon</i>	452	RECTIV.....	20
<i>ra night sleep aid</i>	450	<i>ramipril</i>	307	<i>red maple</i>	446
<i>ra no flush niacin</i>	580	RANEXA.....	24	<i>red mulberry</i>	446
<i>ra omeprazole</i>	478	<i>ranolazine er</i>	24	<i>red top grass pollen</i>	446
<i>ra one daily maximum</i>	516	RAPAFLO.....	125	REDITREX.....	203
<i>ra one daily mens 50+</i>		RAPAMUNE.....	378	<i>reeses pinworm medicine</i> .	295
<i>w/vit d3</i>	516	RAPIVAB.....	362	REFRESH LACRI-LUBE....	163
<i>ra one daily mens multi</i>	516	RAPPORT RLS.....	410	<i>refreshing aloe</i>	91
<i>ra one daily mens/vit d-3</i> ...	516	RAPPORT VTD.....	410	REGENECARE HA.....	58
<i>ra pain relief</i>	58	<i>rasagiline mesylate</i>	350	REGLAN.....	123
<i>ra pain relief aspirin</i>	219	RASUVO.....	203	REGONOL.....	37
<i>ra pain reliever ex st</i>	212	RAVICTI.....	113	REGRANEX.....	88
<i>ra pain relieving</i>	58	RAYALDEE.....	114	REGULOID.....	455
<i>ra pediatric electrolyte</i>	489	RAYOS.....	385	REHYDRALYTE.....	489

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

RELAFEN DS.....	202	RENAL MULTIVITAMIN		RIABNI.....	323
RELENZA DISKHALER.....	362	FORMULA.....	501	RIASTAP.....	133
RELEXXII.....	569	RENAPLEX.....	516	ribavirin	353, 355
relief drops	160	rena-vite rx	501	rice (diagnostic)	547
relief eye drops	160	RENFLEXIS.....	122	RID LICE KILLING	
RE-LIEVED MAXIMUM		reno caps	501	SHAMPOO.....	74
STRENGTH.....	58	REVELA.....	117	RIDAURA.....	205
reliever	73	repaglinide	271	rifabutin	38
RELION ALCOHOL SWABS		REPATHA.....	299	RIFADIN.....	38
.....	410	REPATHA PUSHTRONEX		rifampin	38
RELION GLUCOSE.....	280, 282	SYSTEM.....	299	RIGHTEST ALTERNATE	
RELION INSULIN SYRINGE		REPATHA SURECLICK.....	299	SITE ADAPT.....	429
.....	395	RESTASIS.....	167	RIGHTEST GD500	
RELION LANCET DEVICES		RESTASIS MULTIDOSE.....	167	LANCING DEVICE.....	429
30G.....	429	RESTORA RX.....	104	RIGHTEST GL300	
RELION LANCETS MICRO-		RESTORIL.....	451	LANCETS.....	429
THIN 33G.....	429	RETACRIT.....	136	RILUTEK.....	152
RELION LANCETS THIN		RETAINE CMC.....	168	riluzole	152
26G.....	429	RETAINE PM.....	163	rimantadine hcl	355
RELION LANCETS ULTRA-		RETAVASE.....	127	RIMSO-50.....	124
THIN 30G.....	429	RETAVASE HALF-KIT.....	127	ringers	490
RELION LANCING DEVICE	429	RETEVMO.....	328	ringers irrigation	380
RELION TRUE MET AIR		RETHYMIC.....	375	RINVOQ.....	204
GLUC METER.....	429	RETIN-A.....	100	RIOMET.....	272
RELION TRUE METRIX		RETIN-A MICRO.....	100	risanoid plus	498
TEST STRIPS.....	542	RETIN-A MICRO PUMP.....	100	risedronate sodium	108
RELION ULTRA THIN		RETISERT.....	167	RISPERDAL.....	40
LANCETS 30G.....	429	RETROVIR.....	359	RISPERDAL CONSTA.....	40
RELION ULTRA THIN PLUS		REVATIO.....	46	risperidone	40
LANCETS.....	429	REVCovi.....	114	RITALIN.....	569
RELISTOR.....	121	REVLIMID.....	378	RITALIN LA.....	569
relnate dha	533	Revonto.....	179	RITEFLO.....	400
RELPAx.....	554	REXALL LANCETS ULTRA		ritonavir	357
RELTONE.....	120	THIN 30G.....	429	RITUXAN HYCELA.....	340
REMERON.....	264	REXULTI.....	42	rivastigmine	188
REMERON SOLTAB.....	264	REYATAZ.....	357	rivastigmine tartrate	188
REMESENSE.....	412	REYVOW.....	553	Rivelsa.....	243
REMICADE.....	122	REZUROCK.....	381	rixubis	133
remifentanil hcl	224	R-GENE 10.....	545	rizatriptan benzoate	554
REMODULIN.....	47	RHEOSPRAY.....	16	ROBAXIN.....	178
RENACIDIN.....	126	rhizopus	446	ROBITUSSIN 12 HOUR	
RENAGEL.....	117	RHOFADE.....	54	COUGH CHILD.....	469
		RHOPRESSA.....	167	ROCALTROL.....	114

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

ROCKLATAN.....	167	safety insulin syringes	395	sb anti-fungal	69
rocuronium bromide	153	SAFETY LANCETS 21G.....	430	sb anti-gas	122
ROLAIDS.....	237	safety syringe/needle 395, 409		sb anti-nausea	292
romidepsin	336	safety syringes/needle	395	sb arthritis pain relief	212
ropinirole hcl	348	SAFYRAL.....	251	sb aspirin	219
ropinirole hcl er	347	SAIZEN.....	110	sb aspirin ec	219
ropivacaine hcl	232	SAIZENPREP.....	110	sb bacitracin	61
ropivacaine hcl-nacl	232	Sajazir.....	128	sb bismuth	286
Rosadan.....	54	SALAGEN.....	174	sb calcium + d	488
rosuvastatin calcium	298	saline bacteriostatic	17	sb childrens aspirin	219
ROSZET.....	296	saline-phenol	17	sb childrens non-aspirin	212
ROTARIX.....	576	SALONPAS PAIN		sb chlorpheniramine	310
ROTATEQ.....	576	RELIEVING.....	58	sb clotrimazole foot	66
rough marsh elder	446	salt durable cream	19	sb docusate sodium	459
ROWASA.....	119	SALT STABLE LS		sb docusate sodium/senna	
Roweepra.....	259	ADVANCED.....	20	.....	462
ROXICODONE.....	224	SALTSTABLE LO.....	20	sb effervescent pain relief	214
ROZEREM.....	452	SAMSCA.....	107	sb fiber laxative	455
ROZLYTREK.....	334	SANCUSO.....	290	sb gas relief	122
RUBRACA.....	343	SANDIMMUNE.....	376	sb gentle lax-women	456
RUCONEST.....	130	SANDOSTATIN.....	106	sb glycerin adult	461
rufinamide	259	SANTYL.....	91	sb glycerin pediatric	461
RUKOBIA.....	352	SAPHNELO.....	375	sb hemorrhoid	21
russian thistle	446	SAPHRIS.....	43	sb hydrocortisone	86
RUXIENCE.....	323	sapropterin		sb hydrocortisone max st ..	86
RUZURGI.....	37	dihydrochloride	113	sb insulin syringe	395
RYANODEX.....	179	SARATOGA.....	91	sb lactase	552
RYBELSUS.....	271	SARCLISA.....	324	sb lancets thin	430
RYBREVANT.....	328	SARNOL-HC.....	86	sb lancets ultra thin	430
RYCLORA.....	310	SAVELLA.....	182	sb laxative	457
RYDAPT.....	338	SAVELLA TITRATION		sb lice killing max st	74
RYLAZE.....	341	PACK.....	182	sb lice treatment	92
rynex pse	470	SAVI.....	409	sb loratadine	319
RYTARY.....	348	SAXENDA.....	565	sb loratadine allergy relief	319
RYTHMOL SR.....	238	sb acid controller	480	sb low dose asa ec	219
RYVENT.....	314	sb acid controller max st ..	480	sb magnesium citrate	458
SABRIL.....	261	sb acid reducer	480	sb mucus relief	471
saccharomyces cerevisiae		sb allergy	314	sb non-asa night time	449
.....	446, 548	sb allergy medicine	314	sb non-aspirin	212
SAFE-SENSE EARLOOP		sb allergy relief	319	sb non-aspirin jr strength	212
FACE MASK.....	412	sb allergy relief/nasal		sb omeprazole	478
SAFE-T-LANCE.....	429	decong	470	sb oyster shell calcium	484
SAFE-T-LANCE PLUS.....	430	sb antacid anti-gas	235	sb pain reliever childrens	212

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

sb pain reliever ex st	212	senior tonic	501	SHOPKO UNILET	
sb pain reliever pm	449	senna	457	LANCETS 30G.....	430
sb pediatric electrolyte	490	senna plus	462	short ragweed pollen ext. ..	446
sb polyethylene glycol		SENNA SMOOTH.....	457	shrimp (diagnostic)	548
3350	461	senna-docusate sodium ...	462	SIDESTREAM PEDIATRIC	
sb sore throat spray	174	sennazon	457	FACE MASK.....	437
sb stool softener	459	SENSIPAR.....	106	signacal	502
sb urinary pain relief	125	Sensorcaine.....	232	SIGNIFOR.....	106
sb urinary pain relief max		Sensorcaine/Epinephrine...	233	SIGNIFOR LAR.....	106
st	125	Sensorcaine-Mpf.....	232	SIKLOS.....	135
SCEMBLIX.....	326	SENSORCAINE-		siladryl allergy	314
SCENESSE.....	51	MPF/EPINEPHRINE.....	233	sildenafil citrate	47
SCLEROSOL		sentry	516	SILENOR.....	453
INTRAPLEURAL.....	194	sentry adult	516	SILIQ.....	70
scopolamine	291	sentry senior	516	silodosin	125
sd potassium gluconate ...	493	SEREVENT DISKUS.....	27	silprotex plus	20
SEA BUDDIES DAILY		SERNIVO.....	86	SILVADENE.....	96
MULTIPLE.....	525	SEROQUEL.....	42	silver sulfadiazine	96
SEASONIQUE.....	243	SEROQUEL XR.....	42	SIMBRINZA.....	159
SECREFO.....	545	SEROSTIM.....	110	simeped	122
SECUADO.....	43	sertraline hcl	268	simethicone drops infants	122
SECURE SAFE ALLERGY		sesame seed (diagnostic) ..	548	simethicone extra strength	
TRAY.....	395	Setlakin.....	243	.....	122
SECURESAFE INSULIN		sevelamer carbonate	117	simethicone ultra strength	122
SYRINGE.....	395	sevelamer hcl	117	SIMILAC GLUCOSE	
SECURESAFE		SEVENFACT.....	133	WATER.....	536
SYRINGE/NEEDLE.....	395, 409	severe allergy	464	SIMILAC PRENATAL	
SECURESAFE		sevoflurane	231	EARLY SHIELD.....	533
TUBERCULIN SYRINGE....	395	SEYSARA.....	572	Simliya.....	242
SEGLUROMET.....	274	sf	176	Simpepe.....	243
select-lite devicellancets ..	430	sf 5000 plus	176	simple syrup	16
select-lite lancing device ..	430	SFROWASA.....	119	SIMPLY SALINE BABY.....	472
SELECT-OB.....	533	shagbark hickory	446	SIMPONI.....	204, 205
SELECT-OB+DHA.....	533	Sharobel.....	245	SIMPONI ARIA.....	204
selegiline hcl	350	sheep sorrel	446	SIMULECT.....	382
selenious acid	492	SHINGRIX.....	576	simvastatin	298
selenium sulfide	95	SHOPKO AUTOLET		SINEMET.....	348
SELZENTRY.....	355, 356	LANCING DEVICE.....	430	SINGULAIR.....	26
SEMGLEE.....	279	SHOPKO ON-THE-GO		sinus 12 hour	147
SEMGLEE (YFGN).....	279	LANCETS 30G.....	430	sinus congestion max	
se-natal 19	533	SHOPKO UNILET		strength	147
SENEXON-S.....	462	LANCETS 28G.....	430	SINUVA.....	149
senior tabs	516			sirolimus	378

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

SIRTURO.....	38	<i>sm aspirin adult low strength</i>	219	<i>sm esomeprazole magnesium</i>	478
SITAVIG.....	353	<i>sm aspirin ec</i>	219	<i>sm fexofenadine hcl</i>	319
SIVEXTRO.....	36	<i>sm aspirin ec low strength</i>	219	<i>sm fiber</i>	455
SKELAXIN.....	178	<i>sm aspirin low dose</i>	219	<i>sm folic acid</i>	135
SKYLA.....	244	<i>sm aspirin tri-buffered</i>	214	<i>sm gas relief</i>	122
SKYRIZI.....	70	<i>sm calcium 600+d plus minerals</i>	488	<i>sm glucose</i>	280, 282
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	70	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	488	<i>sm hair/skin/nails</i>	516
SKYRIZI PEN.....	70	<i>sm calcium citrate-vit d</i>	488	<i>sm headache relief pm</i>	449
SKYTROFA.....	110	<i>sm calcium soft chews</i>	488	<i>sm hemorrhoidal</i>	21
<i>sleep tabs</i>	450	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	488	<i>sm hydrocortisone</i>	86
<i>sleep-aid</i>	450	<i>sm calcium-magnesium-zinc</i>	488	<i>sm hydrocortisone max st</i>	87
<i>sleep-tabs</i>	450	<i>sm childrens aspirin</i>	219	<i>sm hydrocortisone plus</i>	75
<i>slow release iron</i>	142	<i>sm childrens ibuprofen</i>	202	<i>sm hydrocortisone-aloe max st</i>	76
SLYND.....	245	<i>sm childrens loratadine</i>	319	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	202
<i>sm 3-day vaginal</i>	558	SM CLEARLAX.....	461	<i>sm iron</i>	142
<i>sm advanced hand sanitizer</i>	94	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	558	<i>sm lancets 33g</i>	430
<i>sm alcohol prep</i>	410	<i>sm cold & allergy childrens</i>	470	<i>sm lansoprazole</i>	478
<i>sm allergy 4 hour</i>	310	<i>sm complete</i>	516	<i>sm laxative</i>	457
<i>sm allergy childrens</i>	319	<i>sm complete 50+</i>	516	<i>sm lice killing</i>	74
<i>sm allergy relief</i>	150, 314, 315, 319	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	516	<i>sm lice killing max strength</i>	74
<i>sm allergy relief childrens</i>	314	<i>sm complete 50+ ultimate women</i>	516	<i>sm lice treatment</i>	92
<i>sm animal shapes complete</i>	525	<i>sm complete advanced formula</i>	516	<i>sm loratadine</i>	319
<i>sm animal shapes kids first</i>	525	<i>sm complete senior formula</i>	516	<i>sm loratadine allergy relief</i>	319
<i>sm antacid</i>	235, 237	<i>sm cough dm</i>	469	<i>sm lubricant eye drops</i>	163
<i>sm antacid advanced</i>	235	<i>sm cough dm childrens</i>	469	<i>sm lubricating plus</i>	168
<i>sm antacid advanced max st</i>	235	<i>sm cough drops</i>	175	<i>sm lubricating tears</i>	163
<i>sm antacid anti-gas</i>	235	<i>sm daily diet support</i>	516	<i>sm magnesium</i>	492
<i>sm antacid maximum strength</i>	235	<i>sm double antibiotic</i>	95	<i>sm magnesium oxide</i>	492
<i>sm antacid/lantigas</i>	235	<i>sm dry skin therapy</i>	91	<i>sm melatonin</i>	483
<i>sm antibiotic</i>	61	<i>sm effervescent pain relief</i>	214	<i>sm miconazole 3</i>	558
<i>sm antifungal clotrimazole</i>	66	<i>sm enema</i>	463	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	558
<i>sm antifungal miconazole</i>	66			<i>sm miconazole 7</i>	558
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	69			<i>sm motion sickness</i>	291
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	351			<i>sm mucus relief childrens</i>	471
<i>sm artificial tears</i>	171			<i>sm mucus relief max strength</i>	472
<i>sm aspirin</i>	219			<i>sm multiple vitamins essential</i>	496

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>sm multiple vitamins/iron</i>	503	SMOFLIPID.....	537	SOLTAMOX.....	332
<i>sm nasal decongestant</i>		SMOOTH LAX.....	461, 462	SOLU-CORTEF.....	385
<i>max st</i>	147	<i>sod benz-sod phenylacet</i> ..	113	SOLU-MEDROL.....	385
<i>sm niacin cr</i>	580	<i>sodium acetate</i>	484	SOLUVITA E.....	585
<i>sm nicotine</i>	193	<i>sodium bicarbonate</i>	484	SOMA.....	178
<i>sm nicotine polacrilex</i>	193	<i>sodium chloride</i>	126, 472, 494	SOMAVERT.....	107
<i>sm omeprazole</i>	478	<i>sodium chloride (pf)</i>	493	SOOLANTRA.....	54
<i>sm one daily prenatal</i>	533	<i>sodium chloride</i>		SOOTHE.....	286
<i>sm pain & fever childrens</i>	212	<i>bacteriostatic</i>	17	SOOTHE HYDRATION.....	171
<i>sm pain & fever infants</i>	213	<i>sodium chloride flush</i>	493	SOOTHE MAXIMUM	
<i>sm pain relief extra</i>		<i>sodium citrate lock flush</i>		STRENGTH.....	286
<i>strength</i>	213	.....	239, 240	SOOTHE NIGHTTIME.....	163
<i>sm pain reliever childrens</i>	213	<i>sodium citrate-gentamicin</i>		SOOTHE XP.....	171
<i>sm pediatric electrolyte</i>	490	<i>sulf</i>	240	SOOTHE XP XTRA	
<i>sm potassium</i>	493	SODIUM DIURIL.....	439	PROTECTION.....	171
<i>sm prenatal vitamins</i>	533	SODIUM EDECRIN.....	439	<i>sorbitol</i>	126
<i>sm rapid melts junior</i>	213	<i>sodium fluoride</i>	176, 491	<i>sorbitol-mannitol</i>	126
<i>sm slow release iron</i>	142	<i>sodium fluoride 5000</i>		<i>sore throat</i>	173, 174
<i>sm soya lecithin</i>	536	<i>enamel</i>	175	SORILUX.....	72
<i>sm stomach relief</i>	286	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	176	Sorine.....	365
<i>sm stool softener</i>	459	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	176	<i>sorrelldock mix</i>	448
<i>sm super b complexc</i>	501	<i>sodium fluoride 5000</i>		<i>sotalol hcl</i>	366
<i>sm tioconazole-1</i>	558	<i>sensitive</i>	175	<i>sotalol hcl (af)</i>	365
<i>sm tussin cf</i>	466	<i>sodium iodide i-123</i>	549	SOTRADECOL.....	381
<i>sm urinary pain relief max</i>		<i>sodium iodide i-131</i>	195	SOTYLIZE.....	366
<i>st</i>	125	<i>sodium nitrite</i>	288	SOVALDI.....	355
<i>sm vitamin b</i>		<i>sodium nitroprusside</i>	309	<i>soybean (diagnostic)</i>	548
<i>complex/vitamin c</i>	501	<i>sodium phenylbutyrate</i>	113	SPHERUSOL.....	548
<i>sm vitamin d</i>	583	<i>sodium phosphates</i>	491	SPIDER-MAN COMPLETE	
<i>sm vitamin d3</i>	583	<i>sodium polystyrene</i>		MULTI-VIT.....	525
<i>sm vitamin e</i>	585	<i>sulfonate</i>	381	<i>spinosad</i>	92
SMART SENSE COLOR		<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	381	SPINRAZA.....	152
LANCETS 33G.....	430	SOFIA SARS ANTIGEN FIA.....	543	<i>spiny pigweed</i>	446
SMART SENSE GLUCOSE.....	280	SOFIA2 FLU+SARS		SPIRIVA HANDIHALER.....	28
SMART SENSE		ANTIGEN FIA.....	542	SPIRIVA RESPIMAT.....	28
STANDARD LANCETS.....	430	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	354	<i>spiro pd</i>	437
SMART SENSE SUPER		SOLARCAINE COOL ALOE.....	58	<i>spironolactone</i>	438
THIN LANCETS.....	430	SOLESTA.....	381	<i>spironolactone-hctz</i>	438
SMART SENSE THIN		<i>solifenacin succinate</i>	294	SPONGEBOB	
LANCETS 26G.....	430	SOLQUA.....	273	SQUAREPANTS GUMMIES	
SMARTEST LANCETS 28G.....	430	SOLIRIS.....	129	.....	525
SMARTY PANTS KIDS		SOLODYN.....	572	SPORANOX.....	321, 322
COMPLETE.....	525	SOLOSEC.....	197	SPORANOX PULSEPAK.....	322

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

spot acne treatment	100	stomach relief plus	286	Subvenite.....	259
SPRAVATO (56 MG DOSE)	264	stomach relief ultra	286	Subvenite Starter Kit-Blue...	259
SPRAVATO (84 MG DOSE)	264	stool softener	459	Subvenite Starter Kit-Green	259
Sprintec 28.....	251	stool softener laxative		Subvenite Starter Kit-Orange	
SPRITAM.....	259	.....	459, 462	.....	259
SPRIX.....	202	stool softener plus		succinylcholine chloride ...	152
SPRYCEL.....	326	laxative	462	SUCRAID.....	552
SPS.....	381	stool softener/laxative	462	sucralfate	473
Sronyx.....	251	stop lice complete		SUDOGEST.....	147
Ssd.....	96	treatment	74	sudogest 12 hour	147
Ssd (Silver Sulfadiazine).....	96	stop lice maximum		SUDOGEST MAXIMUM	
SSKI.....	472	strength	74	STRENGTH.....	147
ST JOSEPH ASPIRIN.....	219	stop lice step 3	92	sufentanil citrate	224
ST JOSEPH LOW DOSE...	219	STRATAGRAFT.....	103	SULAR.....	370
STALEVO 100.....	348	STRATTERA.....	562	sulconazole nitrate	66
STALEVO 125.....	348	STRAVIX.....	103	sulfacetamide sodium	171
STALEVO 150.....	349	strawberry (diagnostic)	548	sulfacetamide sodium	
STALEVO 200.....	349	STRENSIQ.....	106	(acne)	59
STALEVO 50.....	349	streptomycin sulfate	197	sulfacetamide sod-sulfur	
STALEVO 75.....	349	stress b complex/liron	503	wash	77
stamaril	576	stress b/zinc	501	sulfacetamide-	
stavudine	359	stress b-complex/clzinc	517	prednisolone	161
STEGLATRO.....	275	stress b-complex/vit clzinc		sulfadiazine	561
STEGLUJAN.....	274	.....	501	sulfamethoxazole-	
STELARA.....	71, 120	stress formula	496	trimethoprim	32
stemphylium	446	stress formula (folic acid) .	501	SULFAMYLON.....	96
STERILANCE PA.....	430	stress formula (w/		sulfasalazine	119, 120
STERILANCE TL.....	431	minerals)	517	Sulfatrim Pediatric.....	32
STERILE DILUENT		stress formula/zinc	517	sulfurated lime	92
FLOLAN PH 12.....	17	stress formula/zinc (b-		sulindac	202
sterile		compl)	501	sumatriptan	554
diluent/epoprostenol	17	stress plus zinc	501	sumatriptan succinate	554
STERILE TALC POWDER..	194	STRESSTABS ADVANCED	517	sumatriptan succinate	
sterile water for injection	17	STRESSTABS ENERGY....	496	refill	554
sterile water for irrigation .	380	STRIBILD.....	361	sumatriptan-naproxen	
STERITALC.....	194	STRIVERDI RESPIMAT.....	27	sodium	553
STIMATE.....	115	STROMECTOL.....	295	SUN BURNT PLUS.....	58
stimulant laxative	462	strontium chloride sr-89 ...	346	sunitinib malate	338
STIOLTO RESPIMAT.....	29	STUART ONE.....	533	SUNKIST VITAMIN C.....	581
STIVARGA.....	338	STYE.....	163	SUNOSI.....	561
stomach relief	104, 286	SUBLOCADE.....	226	SUNVITE ACTIVE ADULT	
stomach relief extra		SUBOXONE.....	226	50+.....	517
strength	286	SUBSYS.....	224	SUNVITE ADVANCED.....	517

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

SUPARTZ FX.....	180	SUSPENDRX		SYNVISC.....	180
super antioxidants		W/BITTERBLOC SWEET.....	16	SYNVISC ONE.....	180
protector.....	517	SUSPENDRX		SYPRINE.....	376
super aytinal.....	517	W/BITTERBLOC UNSWEET..	16	syringe.....	396
super aytinal 50 plus.....	517	suspension vehicle.....	17	SYRINGE AVITENE.....	144
super b complex/vitamin c	501	SUSTIVA.....	358	syringe filter 0.2	
super b/c.....	501	SUSTOL.....	290	micron/32mm.....	406
super b-100.....	501	SUSVIMO (IMPLANT 1ST		syringe filter 0.45 micron..	406
super b-50.....	501	FILL).....	155	syringe filter/0.2	
super b-complex.....	501	SUSVIMO (IMPLANT		micron/25mm.....	406
super b-complex + vitamin		REFILL).....	155	syringe filter/0.2	
c.....	501	SUSVIMO OCULAR		micron/30mm.....	406
SUPER DEC B-100.....	501	IMPLANT.....	385	syringe	
super multiple.....	517	SUTAB.....	454	filter/d65r/pe/65mm.....	406
super natrul-100.....	517	SUTENT.....	338	syringe	
SUPER NU-THERA.....	517	sv melatonin.....	483	filter/d65r/ptfe/65mm.....	406
super stress b-complex cr	498	sv vitamin b-12 er.....	138	syringe	
super thera vite m.....	517	SWEET CHEEKS.....	282	filter/d90r/pe/90mm.....	406
super thin lancets.....	431	sweet corn (diagnostic)....	548	syringe	
super vita-mins.....	517	sweet gum.....	446	filter/d90r/ptfe/90mm.....	406
superior 35.....	517	sweet vernal grass pollen.	446	syringe filter/millex/25mm	406
SUPERSOFT.....	102	Syeda.....	251	syringe filter/millex-	
SUPPRELIN LA.....	111	SYLVANT.....	382	gs/25mm.....	406
SUPRANE.....	231	SYMBICORT.....	29	syringe filter/millex-	
SUPRAX.....	374	SYMBYAX.....	187	gv/33mm.....	406
SUPREP BOWEL PREP KIT		SYMDEKO.....	194	syringe luer lock.....	396
.....	454	SYMFI.....	361	syringe luer slip.....	396
sure comfort insulin		SYMFI LO.....	361	syringehypodermic safety	
syringe.....	395	SYMJEPI.....	577	.....	396
sure comfort lancets 18g..	431	SYMLINPEN 120.....	271	syrpalta.....	17
sure comfort lancets 21g..	431	SYMLINPEN 60.....	272	SYRPALTA (RED).....	17
sure comfort lancets 23g..	431	SYMPAZAN.....	254	SYRSPEND SF PH4.....	17
sure comfort lancets 28g..	431	SYMPROIC.....	121	syrup vehicle.....	17
sure comfort lancets 30g..	431	SYMPTUZA.....	362	syrup vehicle sf.....	17
sure comfort lancing pen..	431	SYNAGIS.....	51	SYSTANE CONTACTS.....	171
sure result sr relief.....	58	SYNALAR.....	87	SYSTANE ICAPS AREDS2..	518
SURE-JECT INSULIN		SYNAREL.....	111	SYSTANE NIGHTTIME.....	163
SYRINGE.....	395	SYNDROS.....	291	T.R.U.E. TEST.....	543
surelac.....	552	SYNERA.....	73	T: SLIM X2 INS	
SURELITE LANCETS.....	431	SYNERCID.....	34	PMP/CONTROL 7.4.....	408
SURGICEL FIBRILLAR.....	144	SYNJARDY.....	274	T:FLEX T:LOCK	
SURGICEL NU-KNIT.....	144	SYNJARDY XR.....	274	CARTRIDGE 4.8ML.....	408
SURVANTA.....	195	SYNTHROID.....	196		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

T:SLIM X2 3ML		Taysofy.....	251	TEMOVATE.....	87
CARTRIDGE.....	408	TAYTULLA.....	251	TENCON.....	213
T:SLIM X2 INSULIN PMP		tazarotene	72, 100	TENIVAC.....	573
BASAL6.4.....	408	Tazicef.....	374	tenofovir disoproxil	
TAB-A-VITE.....	496	TAZICEF.....	374	fumarate	358
TAB-A-VITE/BETA		TAZORAC.....	72	TENORETIC 100.....	306
CAROTENE.....	496	Taztia Xt.....	370	TENORETIC 50.....	306
tab-a-viteliron	503	TAZVERIK.....	328	TENORMIN.....	364
TABLOID.....	333	tb syringe 1 ml	396	TEPADINA.....	329
TABRECTA.....	328	TDC MAX.....	20	TEPEZZA.....	105
TACHOSIL.....	144	TDVAX.....	573	TEPMETKO.....	328
TACLONEX.....	76	tears pure	163	terazosin hcl	303
tacrolimus	93, 378	TECARTUS.....	339	terbinafine hcl	321
tadalafil	47	TECENTRIQ.....	325	terbutaline sulfate	27
tadalafil (pah)	47	TECFIDERA.....	184	terconazole	558, 559
TAFINLAR.....	335	TECHLITE AST LANCETS..	431	teriparatide (recombinant)	109
TAGITOL V.....	545	techlite insulin syringe	396	Terrell.....	231
TAGRISSE.....	327	TECHLITE LANCETS.....	431	TESSALON PERLES.....	469
TAKE ACTION.....	244	TECHLITE LANCETS 30G..	431	TESTIM.....	229
TAKHZYRO.....	130	TECHNELITE.....	549	TESTOPEL.....	229
TALICIA.....	473	technet tc 99m sulfur		testosterone	229
tall ragweed	446	colloid	549	testosterone cypionate	229
TALTZ.....	71	technetium tc 99m		testosterone enanthate	229
TALZENNA.....	343	mebrofenin	549	tetanus-diphtheria toxoids	
TAMIFLU.....	362, 363	technetium tc 99m		td	573
tamoxifen citrate	332	medronate	549	tetrabenazine	189
tamsulosin hcl	125	technetium tc 99m		tetracaine hcl	154
TAPERDEX 12-DAY.....	385	pyrophos	549	tetracycline hcl	572
Taperdex 6-Day.....	385	technetium tc 99m		TEXACORT.....	87
TAPERDEX 7-DAY.....	385	sestamibi	549	tgt glucose	280
TARCEVA.....	327	TEFLARO.....	375	tgt lancet micro thin 33g ...	431
TARGRETIN.....	55, 331	TEGADERM AG MESH.....	72	tgt lancet thin 26g	431
Tarina 24 Fe.....	251	TEGRETOL.....	259	tgt lancet ultra thin 30g	431
Tarina Fe 1/20.....	251	TEGRETOL-XR.....	259	tgt lancing device	431
Tarina Fe 1/20 Eq.....	251	TEGSEDI.....	183	THALITONE.....	439
TARON-C DHA.....	533	TEKTRUNA.....	308	thallous chloride tl 201	549
TARON-PREX.....	533	TEKTRUNA HCT.....	309	THALOMID.....	382
TASIGNA.....	326	telmisartan	302	THAM.....	484
TASMAR.....	350	telmisartan-amlodipine	304	THE LIQUILIFT TRACE.....	488
taurine	536	telmisartan-hctz	305	THE MAGIC BULLET.....	457
tavaborole	66	temazepam	451	THEO-24.....	31
TAVALISSE.....	130	TEMIXYS.....	362	theophylline	31
TAVNEOS.....	129	TEMODAR.....	341	theophylline er	31

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>thera vital m</i>	518	THROMBI-GEL 100.....	145	TITRALAC.....	237
<i>thera vital-m</i>	518	THROMBI-GEL 40.....	145	TIVDAK.....	326
<i>therabasic-m</i>	518	THROMBIN-JMI.....	145	TIVICAY.....	356
<i>theracare pain relief</i>	58	THROMBIN-JMI EPISTAXIS		TIVICAY PD.....	356
THERADEX M.....	518	.....	145	<i>tizanidine hcl</i>	178
THERADEX M/BETA		THROMBI-PAD.....	145	TNKASE.....	127
CAROTENE.....	518	THROMBOGEN.....	145	TOBI.....	197
THERAFLU EXPRESSMAX		THYMOGLOBULIN.....	382	TOBI PODHALER.....	197
SEV CLD/FL.....	466	THYQUIDITY.....	196	TOBRADEX.....	161
<i>thera-m</i>	518	THYROGEN.....	545	TOBRADEX ST.....	161
<i>thera-mill</i>	496	Tiadylt Er.....	370	<i>tobramycin</i>	157, 197
THERA-MILL M.....	518	<i>tiagabine hcl</i>	261	<i>tobramycin sulfate</i>	197
THERANATAL COMPLETE	533	TIAZAC.....	370	<i>tobramycin-</i>	
THERANATAL CORE		TIBSOVO.....	341	<i>dexamethasone</i>	161
NUTRITION.....	534	TICE BCG.....	339	TOBREX.....	157
THERANATAL ONE.....	534	TICOVAC.....	576	TODAY SPONGE.....	559
THERANATAL OVAVITE....	534	TIGAN.....	291	<i>today's health lancing</i>	
<i>therapeutic</i>		<i>tigecycline</i>	570	<i>device</i>	432
<i>formulahematinics</i>	518	TIGLUTIK.....	152	<i>today's health thin lancets</i>	
<i>therapeutic m</i>	518	TIKOSYN.....	239	<i>28g</i>	432
<i>therapeutic-m</i>	518	Tilia Fe.....	246	<i>today's health thin lancets</i>	
<i>therapeutic-mllutein</i>	518	<i>timolol maleate</i>	159, 366	<i>30g</i>	432
<i>thera-tabs</i>	496	<i>timolol maleate (once-</i>		<i>tolcapone</i>	350
THERATEIN.....	102	<i>daily)</i>	158	<i>tolnaftate</i>	69, 70
THERATRUM COMPLETE.	518	<i>timolol maleate ocudose</i> ..	159	<i>tolnaftate antifungal</i>	69
THERATRUM COMPLETE		<i>timolol maleate pf</i>	159	<i>tolsura</i>	322
50 PLUS.....	518	TIMOPTIC.....	159	<i>tolterodine tartrate</i>	294
<i>theravim-m</i>	518	TIMOPTIC OCUDOSE.....	159	<i>tolterodine tartrate er</i>	294
<i>thiamine hcl</i>	580	TIMOPTIC-XE.....	159	<i>tolvaptan</i>	107
THINLETS GP LANCETS...	431	<i>timothy grass pollen</i>		<i>tomato (diagnostic)</i>	548
THIOLA.....	124	<i>allergen</i>	446, 542	<i>toomey syringe</i>	396
THIOLA EC.....	124	TINACTIN.....	69	TOPAMAX.....	259
<i>thioridazine hcl</i>	44	<i>tinaspore</i>	69	TOPAMAX SPRINKLE.....	259
<i>thiotepa</i>	329	TINEACIDE.....	66	<i>topcare lancets micro-thin</i>	
<i>thiothixene</i>	44	TING.....	66, 69	<i>33g</i>	432
THRESHOLD PEP.....	437	<i>tinidazole</i>	33	<i>topcare ultra comfort ins</i>	
THRIVE.....	193	<i>tioconazole-1</i>	559	<i>sy</i>	396
THRIVE FOR LIFE		<i>tiopronin</i>	124	TOPICORT.....	87
WOMENS.....	518	TIROSINT.....	196	TOPICORT SPRAY.....	87
<i>thrivite rx</i>	534	TIROSINT-SOL.....	196	<i>topiramate</i>	259
<i>throat discs</i>	175	TISSEEL.....	145	<i>topiramate er</i>	259
THROMBATE III.....	134	TISSUEBLUE.....	165	TOPROL XL.....	364
THROMBI-GEL 10.....	145	Tis-U-Sol.....	380	<i>toremifene citrate</i>	332

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

TORISEL.....	335	TREMFYA.....	71	<i>trifluoperazine hcl</i>	44
<i>torse mide</i>	439	<i>treprostinil</i>	48	<i>trifluridine</i>	158
TOSYMRA.....	554	TRESIBA.....	280	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	348
<i>total allergy</i>	315	TRESIBA FLEXTOUCH.....	279	TRIJARDY XR.....	270
TOTAL ALLERGY		<i>tretinoin</i>	100, 346	TRIKAFTA.....	194
MEDICINE.....	315	<i>tretinoin microsphere</i>	100	Tri-Legest Fe.....	246
<i>totalday multiple</i>	518	<i>tretinoin microsphere</i>		TRILEPTAL.....	260
TOTECT.....	330	<i>pump</i>	100	Tri-Linyah.....	246
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	279	TRETTEN.....	133	TRILIPIX.....	297
TOUJEO SOLOSTAR.....	279	TREXALL.....	333	Tri-Lo-Estarylla.....	246
Tovet.....	87	TREXIMET.....	553	Tri-Lo-Marzia.....	246
TOVIAZ.....	294	TREZIX.....	227	Tri-Lo-Mili.....	246
TOXICOLOGY MED		Tri Femynor.....	246	Tri-Lo-Sprintec.....	246
COLLECTION SYS.....	542	<i>triamcinolone acetonide</i>		TRILURON.....	180
TPN ELECTROLYTES.....	490	.....	87, 150, 174, 385	<i>trimethobenzamide hcl</i>	291
TRACLEER.....	46	<i>triamcinolone in</i>		<i>trimethoprim</i>	33
TRADJENTA.....	275	<i>absorbbase</i>	88	Tri-Mili.....	246
TRALEMENT.....	488	<i>triamcinolone-</i>		<i>trimipramine maleate</i>	263
<i>tramadol hcl</i>	225	<i>moxifloxacin</i>	161	<i>trinatal rx 1</i>	534
<i>tramadol hcl er</i>	225	TRIAMINIC ALLERCHEWS.....	319	TRINATE.....	534
<i>tramadol hcl er (biphasic)</i>	224	<i>tri-amino</i>	536	<i>trinaz</i>	534
<i>tramadol-acetaminophen</i>	228	<i>triamterene</i>	438	TRINTELLIX.....	265
<i>trandolapril</i>	307	<i>triamterene-hctz</i>	438	Tri-Nymyo.....	246
<i>trandolapril-verapamil hcl</i>		<i>triazolam</i>	451	TRIOSTAT.....	196
<i>er</i>	307	TRIBENZOR.....	302	<i>triple antibiotic</i>	95
<i>tranexamic acid</i>	143	<i>tri-buffered aspirin</i>	214	<i>triple antibiotic plus max</i>	
<i>tranexamic acid-nacl</i>	143	TRICARE.....	534	<i>st</i>	95
<i>transdermal pain base</i>	20	TRICARE PRENATAL DHA		<i>triple antibiotic+pain relief</i>	95
TRANSDERM-SCOP.....	291	ONE.....	534	Tri-Previfem.....	246
TRANXENE-T.....	23	<i>trichophyton</i>	446	TRIPTODUR.....	111
<i>tranylcyromine sulfate</i>	266	<i>trichophyton mentag</i>		TRISENOX.....	339
TRAVASOL.....	538	<i>(diagnost)</i>	548	Tri-Sprintec.....	246
TRAVATAN Z.....	170	<i>trichophyton</i>		<i>tristart dha</i>	534
<i>travel lancets</i>	432	<i>mentagrophytes</i>	446	TRISTART FREE.....	534
TRAVEL LANCETS		TRICITRASOL.....	239	TRISTART ONE.....	534
ADVANCED 28G.....	432	TRICOR.....	297	Tritocin.....	88
TRAVEL-EASE.....	291	Triderm.....	88	TRIUMEQ.....	362
<i>travoprost (bak free)</i>	170	TRIDESILON.....	88	TRI-VI-FLOR.....	525
<i>trav-tabs</i>	291	<i>trientine hcl</i>	376	<i>tri-vi-floro</i>	525
TRAZIMERA.....	325	TRIESENCE.....	167	<i>tri-vite pediatric</i>	525
<i>trazodone hcl</i>	265	Tri-Estarylla.....	246	<i>tri-vitelfluoride</i>	525
TRECTOR.....	38	TRIFERIC.....	143	Trivora (28).....	246
TRELEGY ELLIPTA.....	29	TRIFERIC AVNU.....	143	Tri-Vylibra.....	246

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

Tri-Vylibra Lo.....	246	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	336	<i>trymine cg</i>	468
TRIZIVIR.....	362	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	336	<i>tuberculin syringe</i>	396
TRODELVY.....	329	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	336	TUBERSOL.....	548
TROGARZO.....	356	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	336	TUDORZA PRESSAIR.....	28
TROKENDI XR.....	260	TRUSKIN.....	103	TUKYSA.....	325
TROPHAMINE.....	538	TRUSOPT.....	167	Tulana.....	245
<i>tropical liquid nutrition</i>	519	TRUSTEEL INFUSION SET	408	TURALIO.....	338
<i>tropicamide</i>	169	TRUSTEX COLOR		TUSNEL C.....	466
<i>tropium chloride</i>	294	CONDOMS + LUBE.....	403	TUSNEL-EX.....	472
<i>tropium chloride er</i>	294	TRUSTEX		TUSSICAPS.....	465
TRUDHESA.....	556	LUB/RIBBED/STUDDED....	403	<i>tussin dm max</i>	468
<i>true comfort alcohol prep pads</i>	410	TRUSTEX		TUXARIN ER.....	465
<i>true comfort insulin syringe</i>	396	LUB/SPERMICIDE EX ST ...	403	TUZISTRA XR.....	465
<i>true comfort pro insulin syr</i>	396	TRUSTEX		TWINRIX.....	573
TRUE METRIX AIR		LUB/SPERMICIDE XL.....	403	TWIRLA.....	252
GLUCOSE METER.....	432	TRUSTEX LUBRICATED....	403	TYBLUME.....	251
TRUE METRIX BLOOD		TRUSTEX LUBRICATED		TYBOST.....	360
GLUCOSE TEST.....	543	EX LARGE.....	403	Tydemy.....	251
TRUE METRIX GO		TRUSTEX LUBRICATED		TYGACIL.....	570
GLUCOSE METER.....	432	EXTRA ST.....	403	TYKERB.....	338
TRUE METRIX LEVEL 1....	432	TRUSTEX		TYLACTIN BUILD 20PE	
TRUE METRIX LEVEL 2....	432	LUBRICATED/SPERMICIDE		TYR.....	551
TRUE METRIX LEVEL 3....	432	.....	403	TYLACTIN RESTORE 10....	551
TRUE METRIX METER.....	432	TRUSTEX NATURAL		TYLACTIN RESTORE 5PE.	551
TRUEDRAW LANCING		CONDOMS + LUBE.....	403	TYLACTIN RTD 15.....	551
DEVICE.....	432	TRUSTEX NON-		TYMLOS.....	109
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		LUBRICATED.....	403	TYPHIM VI.....	574
NEEDLES.....	396	TRUSTEX RIA		TYR EASY.....	551
TRUEPLUS INSULIN		LUB/SPERMICIDE.....	403	TYRVAYA.....	153
SYRINGE.....	396	TRUSTEX RIA		TYSABRI.....	184
TRUEPLUS LANCETS 26G	432	LUBRICATED.....	403	TYVASO.....	48
TRUEPLUS LANCETS 28G	432	TRUSTEX RIA NON-		TYVASO REFILL.....	48
TRUEPLUS LANCETS 30G	433	LUBRICATED.....	403	TYVASO STARTER.....	48
TRUEPLUS LANCETS 33G	433	TRUSTEX-NONOXYNOL-		UBRELVY.....	553
TRUEPLUS SAFETY		9/RIB/STUD.....	403	UCERIS.....	21, 385
LANCETS 28G.....	433	TRUVADA.....	362	UDENYCA.....	140
TRULANCE.....	118	TRUXIMA.....	323	UKONIQ.....	338
TRULICITY.....	271	TRUZONE PEAK FLOW		ULORIC.....	181
TRUMENBA.....	574	METER.....	401	ULTANE.....	231
				ULTICARE ALCOHOL	
				SWABS.....	410
				ULTICARE INSULIN	
				SAFETY SYR.....	396

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	396	ultracare insulin syringe ...	397	UNILET ULTRA-THIN 28G..	433
ULTICARE SAFETY SYRINGE.....	396	ULTRACET	228	UNISTIK 1.....	433
ULTICARE SYRINGE.....	396	ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE.....	519	UNISTIK 2.....	433
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYR.....	396, 397	ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA.....	519	UNISTIK 2 COMFORT	434
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE.....	397	ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM.....	145	UNISTIK 2 EXTRA.....	434
ultimate fat burner	497	ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM.....	145	UNISTIK 2 NEONATAL.....	434
ULTIVA.....	225	ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM.....	145	UNISTIK 2 NORMAL.....	434
ULTOMIRIS.....	129	ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM.....	145	UNISTIK 2 SUPER.....	434
ultra antioxidant formula ..	519	ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM.....	145	UNISTIK 3.....	434
ultra b-100 complex	498	ULTRAM.....	225	UNISTIK 3 COMFORT	434
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS.....	525	ultra-mega	519	UNISTIK 3 EXTRA.....	434
ultra comfort insulin syringe	397	ULTRA-THIN II AUTO LANCET	433	UNISTIK 3 GENTLE	434
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT	397	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT	397	UNISTIK 3 NEONATAL.....	434
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	397	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	397	UNISTIK 3 NORMAL.....	434
ultra freeda	519	ULTRA-THIN II LANCETS..	433	UNISTIK CZT COMFORT ...	434
ultra freedaliron	519	ULTRAVATE.....	88	UNISTIK CZT NORMAL.....	434
ULTRA FRESH.....	168	ULTRAVIST	546	UNISTIK NORMAL.....	434
ULTRA FRESH PM.....	163	U-MILD.....	16	UNISTIK PRO SAFETY LANCET	434
ultra lubricating eye drops	164	UNASYN.....	540	UNISTIK SAFETY LANCETS 28G.....	405
ultra multi formulaliron	519	UNILET COMFORTOUCH LANCET	433	UNISTIK SAFETY LANCETS 30G.....	434
ultra prenatal + dha	534	UNILET EXCELITE	433	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G.....	434
ultra throat	173	UNILET EXCELITE II.....	433	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G.....	435
ULTRA VITA-TIME.....	519	UNILET G.P. LANCET	433	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G.....	405
ULTRABAG/DIANEAL PD-2/1.5% DEX.....	379	UNILET G.P. SUPERLITE LANCET	433	UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G.....	435
ULTRABAG/DIANEAL PD-2/2.5% DEX.....	379	UNILET GP 28 ULTRA THIN	405	Unithroid.....	196
ULTRABAG/DIANEAL PD-2/4.25%DEX.....	379	UNILET LANCET	433	UNITUXIN.....	324
ULTRABAG/DIANEAL/1.5% DEXTROSE.....	379	UNILET MICRO-THIN 33G.	433	UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G.....	435
ULTRABAG/DIANEAL/2.5% DEXTROSE.....	379	UNILET SUPERLITE LANCET	433	UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G.....	435
ULTRABAG/DIANEAL/4.25% DEX.....	380	UNILET SUPER-THIN 30G.	433	UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN.....	435

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

UPSPRING PRENATAL		VCF VAGINAL	
COMPLETE.....	534	CONTRACEPTIVE.....	559
UPTRAVI.....	45	VECAMYL.....	303
urinary pain relief max st ..	125	VECTICAL.....	72
UROCI-K 10.....	125	vecuronium bromide	153
UROCI-K 15.....	125	vegetable capsule #0	
UROCI-K 5.....	125	green	15
UROXATRAL.....	125	vegetable capsule #0 white	15
URSO 250.....	120	vegetable capsule #00	
URSO FORTE.....	120	white	15
ursodiol	120	vegetable capsule #1 white	16
UVADEX.....	333	vegetable capsule #2 white	16
VABOMERE.....	34	vegetable capsule #3 white	16
vacuum filter		vegetable capsule #4 white	16
0.20um/150ml	406	vegetable lax+stool	
VAGIFEM.....	559	softener	462
VAGISIL.....	88	VELCADE.....	337
VAGISTAT-3.....	559	VELETRI.....	48
valacyclovir hcl	353	Velivet.....	246
VALCHLOR.....	52	VELPHORO.....	117
valcoprep-100	52	VELTASSA.....	381
VALCYTE.....	352	VELTIN.....	77
valganciclovir hcl	352	VEMLIDY.....	354
VALIUM.....	23	VENCLEXTA.....	334
valproate sodium	253	VENCLEXTA STARTING	
valproic acid	253	PACK.....	334
valsartan	302	VENIPUNCTURE PX1	
valsartan-		PHLEBOTOMY.....	73
hydrochlorothiazide	306	venlafaxine hcl	270
VALSTAR.....	332	venlafaxine hcl er	269, 270
VALTOCO 10 MG DOSE....	254	VENOFER.....	143
VALTOCO 15 MG DOSE....	254	VENOMIL HONEY BEE	
VALTOCO 20 MG DOSE....	254	VENOM.....	446
VALTOCO 5 MG DOSE....	254	VENOMIL MIXED VESPID	
VALTRESX.....	353	VENOM.....	446
value health insulin		VENOMIL WASP VENOM...447	
syringe	397	VENOMIL WHITE FACED	
value plus glucose	281, 282	HORNET.....	447
value plus lancet standard		VENOMIL YELLOW	
21g	435	HORNET VENOM.....	447
value plus lancets super		VENOMIL YELLOW	
thin	435	JACKET VENOM.....	447
		VENTAVIS.....	48
value plus lancets thin 26g	435		
value plus lancing device	435		
valumark lancet super thin			
30g	435		
valumark lancet ultra thin			
28g	435		
VANOCIN.....	34		
VANOCIN HCL.....	34		
vancomycin hcl	34, 35		
vancomycin hcl in			
dextrose	34		
vancomycin hcl in nacl	34		
Vandazole.....	557		
vanish-pen	20		
VANISHPOINT ALLERGY			
TRAY.....	397		
VANISHPOINT INSULIN			
SYRINGE.....	397		
VANISHPOINT SAFETY			
SYRINGE.....	397		
VANISHPOINT SYRINGE...397			
VANISHPOINT			
TUBERCULIN SYRINGE....	398		
VANOS.....	88		
VAPRISOL.....	107		
VAQTA.....	576		
varenicline tartrate	193		
VARIBAR NECTAR.....	545		
varisan vitality	497		
VARISOFT INFUSION SET	408		
VARITHENA.....	381		
VARIVAX.....	576		
VARIZIG.....	50		
VARUBI (180 MG DOSE)....	293		
VASCEPA.....	295, 296		
VASERETIC.....	308		
VASOSTRICT.....	116		
VASOTEC.....	307		
VAXCHORA.....	574		
VAXELIS.....	573		
VAXNEUVANCE.....	574		
VAZCULEP.....	579		

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

VENTOLIN HFA.....	27	VILTEPSO.....	151	VITAFOL ULTRA.....	535
<i>verapamil hcl</i>	370	VIMIZIM.....	112	VITAFOL-NANO.....	535
<i>verapamil hcl er</i>	370	VIMOVO.....	205	VITAFOL-OB.....	535
VERDESO.....	88	VIMPAT.....	260	VITAFOL-OB+DHA.....	535
VEREGEN.....	54	VINATE CARE.....	534	VITAFOL-ONE.....	535
VERELAN.....	370	VINATE DHA RF.....	534	VITAJoy GUMMIES.....	483
VERELAN PM.....	371	VINATE II.....	534	<i>vitalee</i>	496
VERQUVO.....	44	VINATE ONE.....	534	VITAMEDMD ONE	
VERSACLOZ.....	42	<i>vinorelbine tartrate</i>	345	RX/QUATREFOLIC.....	535
VERSAFREE.....	17	VIOKACE.....	552	VITAMEDMD REDICHEW	
VERSAPLUS.....	17	<i>viorele</i>	242	RX.....	535
VERSAPRO.....	16, 20	VIRACEPT.....	357	<i>vita-min</i>	520
<i>versatile cream base</i>	20	VIRAMUNE XR.....	358	<i>vitamin a</i>	579
VERSATILE RICH BASE.....	20	VIRAZOLE.....	353	<i>vitamin a & d</i>	91
VERZENIO.....	343	VIREAD.....	358	<i>vitamin a & d skin</i>	
VESICARE.....	294	<i>virt-c dha</i>	534	<i>protectant</i>	91
VESICARE LS.....	294	<i>virt-nate dha</i>	534	<i>vitamin a&d</i>	91
Vestura.....	251	<i>virt-phos 250 neutral</i>	492	<i>vitamin b + c complex</i>	502
VFEND.....	322	<i>virt-pn dha</i>	534	<i>vitamin b 12</i>	138
VFEND IV.....	322	<i>virt-pn plus</i>	534	<i>vitamin b complex-c</i>	502
V-GO 20.....	408	<i>virtussin alc</i>	468	<i>vitamin b12</i>	138
V-GO 30.....	409	<i>virtussin ac walc</i>	468	<i>vitamin b-12</i>	138
V-GO 40.....	409	VISCO-3.....	180	<i>vitamin b12 tr</i>	138
<i>vial stopper</i>	406	VISCOAT.....	164	<i>vitamin b6</i>	580
VIBATIV.....	35	VISINE.....	160	<i>vitamin b-6</i>	580
VIBERZI.....	118	<i>vision formula 2</i>	519	<i>vitamin c</i>	581
VIBRAMYCIN.....	572	<i>vision formula eye health</i>	519	<i>vitamin c immune health</i>	581
VICTOZA.....	271	<i>vision plus</i>	519	<i>vitamin c plus wild rose</i>	
VIDA MIA AUTOLET		<i>vision vitamins</i>	519	<i>hips</i>	581
LANCING DEV.....	435	VISIONBLUE.....	165	<i>vitamin</i>	
VIDA MIA UNILET		VISIPAQUE.....	546	<i>cbioflavonoids/rosehp</i>	581
LANCETS 28G.....	435	<i>visivites</i>	519	<i>vitamin c/natural rose hips</i>	
VIDA MIA UNILET		<i>visivites/lutein</i>	519	.....	581
LANCETS 30G.....	435	VISTARIL.....	22	<i>vitamin c-acerola</i>	581
VIDAZA.....	333	VISTOGARD.....	288	<i>vitamin c-bioflavonoids</i>	497
VIEKIRA PAK.....	355	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	496	<i>vitamin c-rose hips</i>	582
Vienna.....	251	<i>vita hair</i>	519	<i>vitamin c-rose hips er</i>	582
<i>vigabatrin</i>	261	<i>vitabasic complete</i>	519	<i>vitamin d</i>	584
Vigadrone.....	261	<i>vitabasic senior</i>	520	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	
VIGAMOX.....	157	<i>vitachew multiple vitamin</i>	525	.....	583, 584
VIIBRYD.....	265	VITAFOL FE+.....	535	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i> ..	584
VIIBRYD STARTER PACK..	265	VITAFOL GUMMIES.....	535	<i>vitamin d infant</i>	584
VILACTIN AA PLUS.....	552	VITAFOL STRIPS.....	535	<i>vitamin d3</i>	584

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

vitamin d-3	584	VORTEX HOLD	WALGREENS THIN
vitamin d3 extra strength ..	584	CHMBR/MASK/TODDLER..	437
vitamin d3 gummies	584	VORTEX VALVED	LANCETS.....
vitamin d3 ultra potency ...	584	HOLDING CHAMBER.....	436
vitamin d-400	584	VOSEVI.....	319, 320
vitamin e	91, 585	VOTRIENT.....	338
vitamin e beauty	91	vp insulin syringe	398
vitamin e skin	91	vp-pnv-dha	535
vitamin eld-alpha natural ..	585	VPRIV.....	137
vitamin e-vit a & d	91	VRAYLAR.....	39
vitamin k	585	VUMERITY.....	184
vitamin k1	585	VUSION.....	61
vitamin-b complex	502	VYEPTI.....	555
vitamins acd-fluoride	525	Vyfemla.....	251
vitamins a-d-elselenium	520	VYLEESI.....	181
vitamins for hair	497	Vylibra.....	251
VITAPEARL.....	535	VYNDAMAX.....	44
VITATHELY WITH GINGER	535	VYNDAMAX.....	44
VITATRUE.....	535	VYONDIS 53.....	151
VITATRUM COMPLETE.....	520	VYTORIN.....	296
VITEYES COMPLETE.....	520	VYVANSE.....	564
VITRAKVI.....	334, 335	VYXEOS.....	340
VITRASE.....	377	VYZULTA.....	170
VITRUM SENIOR.....	520	WAKIX.....	561
VIVA DHA.....	535	WAL-ACT.....	470
VIVAGUARD LANCETS.....	435	WAL-DRAM II.....	291
VIVAGUARD LANCING		WAL-DRYL ALLERGY.....	315
DEVICE.....	435	WAL-DRYL ALLERGY	
VIVELLE-DOT.....	442	CHILDRENS.....	315
VIVITROL.....	289	WAL-DRYL ALLERGY REL	
VIVLODEX.....	202	CHILDRENS.....	315
VIZAMYL.....	549	WAL-FEX.....	319
VIZIMPRO.....	327	WAL-FEX D ALLERGY &	
VOGELXO.....	229	CONGESTION.....	470
VOGELXO PUMP.....	229	WAL-FINATE.....	310
Volnea.....	242	walgreens adv travel	
volumex	549	lancets	435
VONVENDI.....	133	walgreens glucose	281, 282
VORAXAZE.....	330	WALGREENS LANCETS...	436
voriconazole	322	walgreens lancets micro	
VORTEX HOLD		thin	436
CHMBR/MASK/CHILD.....	437	walgreens lancets super	
		thin	436

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

white faced hornet venom	XADAGO	350	XOSPATA.....	338
.....	XALATAN	170	XPECT	472
white mulberry	XALKORI.....	322	XPRT XPRSS SARS-	
white oak	XANAX.....	24	COV-2.....	543
white petrolatum	XANAX XR.....	24	XPOVIO (100 MG ONCE	
white pine	XARACOLL.....	232	WEEKLY).....	328
WHITE-FACED HORNET	XATMEP	333	XPOVIO (40 MG ONCE	
VENOM.....	XCOPRI.....	260	WEEKLY).....	328
whole egg (diagnostic)	XCOPRI (250 MG DAILY		XPOVIO (40 MG TWICE	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	DOSE).....	260	WEEKLY).....	329
60.....	XCOPRI (350 MG DAILY		XPOVIO (60 MG ONCE	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	DOSE).....	260	WEEKLY).....	329
65.....	XELJANZ.....	204	XPOVIO (60 MG TWICE	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XELJANZ XR.....	204	WEEKLY).....	329
70.....	XELODA.....	333	XPOVIO (80 MG ONCE	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XELPROS.....	170	WEEKLY).....	329
75.....	XEMBIFY	50	XPOVIO (80 MG TWICE	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XENAZINE.....	189	WEEKLY).....	329
80.....	XENICAL.....	569	XTAMPZA ER.....	225
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XENLETA.....	31	XTANDI.....	331
85.....	xenon xe 133	549	Xulane.....	252
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XEPI.....	61	XULTOPHY	273
90.....	XERAVA.....	570	XURIDEN.....	113
WIDE-SEAL DIAPHRAGM	XERESE.....	77	XYLOCAINE.....	232
95.....	XERMELO.....	123	XYLOCAINE/EPINEPHRINE	
WILATE.....	XGEVA.....	111	.....	233
WILZIN.....	XHANCE.....	150	XYLOCAINE-MPF	232
WINLEVI.....	XIAFLEX.....	377	XYLOCAINE-	
Wixela Inhub.....	XIFAXAN.....	33	MPF/EPINEPHRINE.....	233
womans laxative	XIGDUO XR.....	274	XYNTHA.....	133
womens 50+ advanced	XIIDRA.....	155	XYNTHA SOLOFUSE.....	133
womens daily form/falcalfe	XIMINO	572	XYOSTED.....	230
.....	XIPERE.....	167	XYREM.....	182
womens daily formula	XOFIGO.....	346	XYWAV.....	181
womens laxative	XOFLUZA (40 MG DOSE)...	362	YASMIN 28.....	251
WOMENS LIFE PACK.....	XOFLUZA (80 MG DOSE)...	362	YAZ.....	251
womens multi	XOLAIR.....	26	yellow dock	447
womens multivitamin	XOLEGEL.....	66	yellow hornet venom	
womens one daily	xolido	58	protein	447
WOUNDGELHA MATRIX.....	xolido xp	58	yellow jacket venom	
WP THYROID.....	XOPENEX.....	27	protein	447, 448
Wymzya Fe.....	XOPENEX CONCENTRATE.	27	YESCARTA.....	339
WYNZORA.....	XOPENEX HFA.....	27	YF-VAX.....	577

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

<i>yl balanced b-100</i>	502	Zenatane.....	100	zoledronic acid	108
<i>yl folic acid</i>	135	ZENPEP.....	552	ZOLGENSMA 10.1-10.5 KG	150
<i>yl vitamin b-6</i>	580	Zenzedi.....	564	ZOLGENSMA 10.6-11.0 KG	150
<i>yl vitamin c</i>	582	ZENZEDI.....	564	ZOLGENSMA 11.1-11.5 KG	150
<i>yl vitamin c-rose hips</i>	582	ZEPATIER.....	355	ZOLGENSMA 11.6-12.0 KG	150
YONDELIS.....	346	ZEPOSIA.....	190	ZOLGENSMA 12.1-12.5 KG	150
YONSA.....	341	ZEPOSIA 7-DAY STARTER		ZOLGENSMA 12.6-13.0 KG	150
YOUR LIFE MULTI MENS		PACK.....	190	ZOLGENSMA 13.1-13.5 KG	150
50+.....	520	ZEPOSIA STARTER KIT.....	190	ZOLGENSMA 2.6-3.0 KG....	150
YOUR LIFE MULTI		ZEPZELCA.....	329	ZOLGENSMA 3.1-3.5 KG....	150
PRENATAL.....	535	ZERBAXA.....	375	ZOLGENSMA 3.6-4.0 KG....	150
YOUR LIFE MULTI		ZERVIATE.....	156	ZOLGENSMA 4.1-4.5 KG....	150
WOMENS 50+.....	520	ZESTORETIC.....	308	ZOLGENSMA 4.6-5.0 KG....	151
YUPELRI.....	28	ZESTRIL.....	307, 308	ZOLGENSMA 5.1-5.5 KG....	151
YUTIQ.....	167	ZETIA.....	297	ZOLGENSMA 5.6-6.0 KG....	151
Yuvafem.....	559	ZETONNA.....	150	ZOLGENSMA 6.1-6.5 KG....	151
Zafemy.....	252	ZEVALIN Y-90.....	334	ZOLGENSMA 6.6-7.0 KG....	151
zafirlukast	26	zevrx insulin syringe	398	ZOLGENSMA 7.1-7.5 KG....	151
zaleplon	451	ZIAC.....	306	ZOLGENSMA 7.6-8.0 KG....	151
zalvit	535	ZIAGEN.....	359	ZOLGENSMA 8.1-8.5 KG....	151
ZANAFLEX.....	178, 179	ZIANA.....	77	ZOLGENSMA 8.6-9.0 KG....	151
ZANOSAR.....	345	zidovudine	359, 360	ZOLGENSMA 9.1-9.5 KG....	151
ZANTAC 360.....	480	ZIEXTENZO.....	140	ZOLGENSMA 9.6-10.0 KG..	151
ZANTAC 360 MAX ST.....	480	zileuton er	31	ZOLINZA.....	336
Zarah.....	251	ZILRETTA.....	385	zolmitriptan	555
ZARBEES SLEEP		ZILXI.....	54	ZOLOFT.....	268
CHILD/MELATONIN.....	483	zinc	494	zolpidem tartrate	452
ZARONTIN.....	262	zinc chloride	494	zolpidem tartrate er	452
ZARXIO.....	140	zinc sulfate	494	ZOLPIMIST.....	452
ZATEAN-PN DHA.....	536	zinc-vites	502	ZOMACTON.....	110
ZATEAN-PN PLUS.....	536	ZINGO.....	232	ZOMACTON (FOR ZOMA-	
ZAVESCA.....	137	ZINPLAVA.....	48	JET 10).....	110
ZEASORB-AF.....	66	ZIOPTAN.....	170	ZOMIG.....	555
Zebutal.....	213	ziprasidone hcl	39	ZONALON.....	71
ZEGALOGUE.....	282	ziprasidone mesylate	39	ZONEGRAN.....	260
ZEGERID.....	474	ZIPSOR.....	202	zonisamide	260
ZEJULA.....	343	ZIRABEV.....	344	ZONTIVITY.....	128
ZELAPAR.....	350	ZIRGAN.....	158	zoo friends	525
ZELBORAF.....	335	ZITHROMAX.....	463	zoo friends gummies	525
ZELNORM.....	116	ZITHROMAX TRI-PAK.....	463	zoo friends gummies (w/	
ZEMBRACE SYMTOUCH...	555	ZITHROMAX Z-PAK.....	463	min)	525
ZEMDRI.....	197	ZOCOR.....	298	zoo friends gummies plus	
ZEMPLAR.....	114	ZOKINVY.....	375	d	525

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022

ZOO FRIENDS MULTI	
GUMMIES.....	525
zoo friends plus extra c	525
zoo friends plus iron	525
ZOO FRIENDS/EXTRA C...	525
ZORBTIVE.....	111
ZORTRESS.....	378
ZORVOLEX.....	202
ZOSTRIX HP.....	58
ZOSYN.....	540
Zovia 1/35 (28).....	251
Zovia 1/35E (28).....	251
ZOVIRAX.....	72, 353
ZTLIDO.....	58
ZUBSOLV.....	226
ZULRESSO.....	268
Zumandimine.....	251
ZUPLENZ.....	290
ZYCLARA.....	93
ZYCLARA PUMP.....	93
ZYDELIG.....	343
ZYFLO.....	31
ZYKADIA.....	323
ZYLET.....	161
ZYLOPRIM.....	181
ZYMAXID.....	157
ZYNLONTA.....	323
ZYPITAMAG.....	298, 299
ZYPREXA.....	40
ZYPREXA RELPREVV.....	40
ZYPREXA ZYDIS.....	41
ZYTIGA.....	341
ZYVOX.....	36

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico **Nivel 1**=droga preferida **Nivel 2**=droga no preferida **AL**=restricción de limitación de edad **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **MB**=: beneficio medico **OTC**=en el mostrador **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **SCO**=Estado tallado **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01/01/2022