



# Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

## Para el estado de California

Exclusive Provider Organization (EPO), LocalPlus (LocalPlus IN/LocalPlus), Open Access Plus (OAPIN/OAP), Preferred Provider Organization (PPO), SureFit

Consulte su Lista de medicamentos en línea: [Cigna.com/druglist](https://Cigna.com/druglist)

Servicio al Cliente las 24 horas, los 7 días de la semana: **800.Cigna24 (800.244.6224)**

Consulte la información sobre su cobertura en línea: **Aplicación myCigna®** o en [myCigna.com](https://myCigna.com)®

Última actualización: 1 de agosto de 2023. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.  
975744SP b CA NPF 4-Tier Specialty 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





## ¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	11
Acerca de esta Lista de medicamentos	13
Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	139
Índice de medicamentos	140

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2023.\* En Internet podrá ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



**Aplicación myCigna<sup>1</sup> o myCigna.com.** Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



**Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 4 Tier Specialty** (National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

### ¿Tiene preguntas?

- **myCigna.com:** Haga clic para chatear de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.
- **Por teléfono:** Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna Healthcare<sup>SM</sup>. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

\* Creación de la Lista de medicamentos:  
creada originalmente el 1 de enero de 2023

Última actualización: 1 de agosto de 2023, para los  
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2024

Próxima actualización planificada: 1 de marzo de 2024,  
para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2024

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes

Comprender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. Estas son las respuestas a algunas preguntas frecuentes.

**P. ¿Con qué frecuencia se actualiza la Lista de medicamentos? ¿Cómo sé si mi cobertura de medicamentos cambió?**

**R.** Para asegurarnos de que usted pueda acceder a una cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo, Cigna Healthcare revisa y actualiza regularmente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.
- **Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.**

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

**P. ¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?**

**R.** Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través de su proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

**P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?**

**R.** La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado. Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

**P. ¿Por qué algunos medicamentos necesitan aprobación para que mi plan los cubra?**

**R.** El proceso de revisión ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta.

**P. ¿Cómo sé si estoy tomando un medicamento que necesita aprobación?**

**R.** Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **(QL)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **(AGE)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden ser inseguros si se combinan con otros
- Tienen alternativas de menor costo y misma eficacia disponibles
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente tienen límites a la cantidad?

R. Medicamentos que:

- Suelen tomarse en cantidades mayores a lo que sería apropiado o por períodos más largos de lo que sería apropiado
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

- Trastorno por déficit de atención (TDA)/  
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Colesterol alto
- Alergias
- Osteoporosis
- Problemas de vejiga
- Dolor
- Problemas respiratorios
- Condiciones cutáneas
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Presión arterial alta

#### P. ¿Por qué mi medicamento tiene un requisito de edad?

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de edad.

#### P. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben

cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](http://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions (Recetas)* y seleccione *My Medications (Mis medicamentos)* del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization (Autorización previa)*, haga clic en el botón *View List (Ver lista)*.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si Cigna Healthcare no responde a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación de Cigna Healthcare



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

para que su plan cubra su medicamento, Cigna Healthcare no puede limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

#### **P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es medicamento necesario para mi tratamiento. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?**

**R.** Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](http://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en los requisitos de cobertura de Cigna Healthcare para el medicamento y/o el médico revisor.

#### **P. Mi medicamento forma parte del programa de tratamiento escalonado. No quiero probar una alternativa. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?**

**R.** Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en [myCigna.com](http://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si Cigna Healthcare no responde a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

#### Sus derechos de tratamiento escalonado en virtud de la ley del estado de California:

1. Una aseguradora puede imponer requisitos de autorización previa para los beneficios de medicamentos con receta.
2. Cuando haya más de un medicamento apropiado para el tratamiento de una condición médica, es posible que una aseguradora requiera el tratamiento escalonado.
  - a. En circunstancias en las que una persona asegurada cambie de póliza, la nueva póliza no deberá requerir que se repita el tratamiento escalonado cuando la persona asegurada ya esté recibiendo tratamiento para una condición médica con un medicamento con receta, siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz. Una nueva póliza puede imponer un requisito de autorización previa para que continúe la cobertura de un

medicamento con receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea medicamento apropiado para la persona asegurada.

3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad medicamente necesaria del medicamento recetado para el tratamiento de una condición médica de acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos.

#### **P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que necesita aprobación pero no obtengo la aprobación de antemano?**

**R.** Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, no se aplicará la cobertura de su plan. Esto significa que su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

#### **P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que tiene un límite de cantidad?**

**R.** Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare para solicitar la aprobación de la cantidad mayor.

#### **P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?**

**R.** Sí.

#### **P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?**

**R.** Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura.

**P. En esta Lista de medicamentos veo varios medicamentos que pueden usarse para tratar mi condición. ¿Mi médico me emitirá una receta para todos ellos?**

**R.** No. El simple hecho de que un medicamento esté incluido en la Lista de medicamentos de su plan no significa que su médico se lo recetará. Su médico trabajará con usted para encontrar el medicamento que considere mejor para su tratamiento específico.

**P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?**

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>2</sup>

**P. ¿Qué es el costo compartido?**

**R.** Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

**P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?**

**R.** Puede tomar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

**P. ¿Qué es un medicamento genérico?**

**R.** Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en cuanto a seguridad,

eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.<sup>3</sup> Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

**P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?**

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>3</sup>

**P. ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los de marca?**

**R.** Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a los medicamentos de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado, y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de los de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.<sup>3</sup> El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

**P. ¿Cómo sé qué farmacias pertenecen a la red de mi plan?**

**R.** Hay miles de farmacias minoristas en la red de su plan. Se incluyen las farmacias locales, los supermercados, las cadenas minoristas y las tiendas mayoristas; tiendas que seguramente ya frecuenta. Y algunas tiendas abren las 24 horas. Para buscar una farmacia de la red que le quede cerca, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**. Luego haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Find a Pharmacy* (Buscar una farmacia) del menú desplegable.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?**

**R.** Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

**P. ¿Tengo que usar el servicio de entrega a domicilio para despachar mis recetas?**

**R.** Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, y/o sus medicamentos de especialidad a través de Accredo®, una farmacia de especialidad de Cigna, para que tengan cobertura. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar qué exige su plan.

**P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?**

**R.** Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.<sup>4</sup>

### Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez<sup>6</sup>
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

- I. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My*

*Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O

- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>6</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

### Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).<sup>7</sup> También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Para obtener más información sobre Accredo, visite **Cigna.com/specialty**.

**P. Tomo un medicamento todos los días para tratar la diabetes. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Express Scripts® Pharmacy. ¿Cómo puedo comenzar?**



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**R.** Algunos planes permiten uno o más despachos en una farmacia minorista antes de pasarse al servicio de entrega a domicilio. Consulte los materiales de su plan para averiguar si su plan permite despachos minoristas.

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

- 1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)<sup>6</sup> electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

**P. Tomo un medicamento de especialidad para tratar mi esclerosis múltiple. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Accredo. ¿Cómo puedo comenzar?**

**R.** Algunos planes permiten uno o más despachos en una farmacia minorista antes de pasarse a Accredo. Consulte los materiales de su plan para averiguar si su plan permite despachos minoristas.

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.

**P. Tomo un medicamento de especialidad que solo puede despacharse en determinadas farmacias de los Estados Unidos. ¿Cómo despacho mi receta?**

**R.** Hable con su médico, quien debería poder informarle qué farmacias de la red pueden despachar su medicamento con receta. Una vez que encuentre una farmacia, pídale a su médico que les envíe su receta.

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.<sup>4</sup> Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame al **877.826.7657** para obtener más información. Sus representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

**P. ¿Cómo despacho mi receta?**

**R.** Primero, deberá pedirle una receta a su médico. Luego, su médico puede:

1. Enviarla electrónicamente a la farmacia de la red que usted elija o a Express Scripts® Pharmacy.<sup>4</sup>
2. Darle una receta en papel. Usted puede llevarla a la farmacia de la red que elija o enviarla por correo a Express Scripts® Pharmacy.<sup>4</sup>

**P. ¿Cómo puedo recibir ayuda con mis medicamentos de especialidad?**

**R.** Controlar una condición compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia administrados por Cigna, usted tiene acceso a Accredo.<sup>4</sup> El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo le dará la atención personalizada y el apoyo que necesita para ayudarle a controlar su condición médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

Visite **Cigna.com/specialty** para obtener más información sobre Accredo o llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

**P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?**

**R.** Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de medicamentos con receta que tienen entrega a domicilio.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

#### P. ¿Cómo puedo averiguar mi costo compartido para cada nivel de la Lista de medicamentos?

R. Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3 y del Nivel 4.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su cobertura de farmacia. También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.<sup>2</sup>
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

#### P. ¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia y por el beneficio médico?

R. Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Por lo general, los medicamentos que se administran por inyección o infusión están cubiertos por el beneficio médico. Se administran al paciente en el consultorio de un médico, en un centro de infusión o en el hogar. Generalmente, los medicamentos autoadministrados que pueden despacharse en una farmacia minorista o a través del servicio de entrega a domicilio están cubiertos por el beneficio de farmacia. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre estos medicamentos.

#### P. Tomo un medicamento oral contra el cáncer.

##### ¿Cuánto me costará que me lo despachen?

R. El 1 de enero de 2015, California aprobó un proyecto de ley para limitar el costo compartido de los medicamentos de quimioterapia oral. Esto significa que si usted recibe beneficios médicos y de farmacia a través de Cigna Healthcare, determinados medicamentos orales contra el cáncer se cubrirán como se indica a continuación:

- **Para los planes con copagos:** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) que incluyen una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) o los HDHP calificados:** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Esto se debe a un requisito federal para las HSA.
- **Para los planes con un deducible combinado (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA, por sus siglas en inglés] con un deducible combinado):** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

#### P. ¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite [www.informedonreform.com](http://www.informedonreform.com) o **CignaHealthcare.com**.

#### P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutricional prenatal y derrame cerebral.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**P. ¿Cómo es la cobertura de los medicamentos, dispositivos y productos para la diabetes, anticonceptivos y productos establecidos por el mandato federal aprobados por la FDA en virtud del beneficio de farmacia?**

**R.** Así es cómo estos productos están cubiertos por el beneficio de farmacia:

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
  - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
  - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
  - **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas: Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia.** No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa).

### Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. En este Formulario, los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
  - **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
  - **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.
  - **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
  - **Médicamente necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
  - **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en este Formulario.
  - **Costos de desembolso:** Sus gastos por beneficios de cuidado de la salud que su seguro de salud no reembolsa. Los costos de desembolso incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, además de todos los costos correspondientes a beneficios de cuidado de la salud que no están cubiertos.
  - **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud que puede emitir una receta para un medicamento con el fin de diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica.
  - **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas en la que autoriza el suministro de un medicamento con receta a una persona específica.
  - **Medicamento con receta:** Un medicamento que, según lo establecido por la ley, requiere una receta.
  - **Autorización previa:** La decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de cuidado de la salud es médicamente necesario para usted. Si un medicamento con receta está sujeto al requisito de autorización previa en este Formulario, el proveedor que le emite recetas deberá solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de que usted despache su medicamento con receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
  - **Tratamiento escalonado:** Una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos con receta para una condición médica en particular. Si un medicamento está sujeto al requisito de tratamiento escalonado en este Formulario, es posible que deba probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su condición médica. Si el proveedor que le emite recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
  - **Límites a la cantidad:** Para algunos medicamentos, su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Por ejemplo, 30 mg por día durante 30 días. Los límites a la cantidad ayudan a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
  - **Requisitos de edad:** Para determinados medicamentos, usted debe pertenecer a un rango de edad específico para que su plan los cubra. Esto se debe a que algunos medicamentos no se consideran clínicamente apropiados para personas que no están dentro de ese rango de edad.



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

**La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan.** Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

### Cómo leer esta Lista de medicamentos

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.\* También puede buscar su medicamento usando el índice al final de esta Lista de medicamentos.

- La versión genérica de un medicamento de marca aparece entre paréntesis y escrita en *minúscula cursiva* junto al medicamento de marca.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y tiene cobertura, el genérico aparecerá separado del medicamento de marca, escrito en *minúscula cursiva*.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no tiene cobertura, el medicamento no aparecerá separado por su versión genérica.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre exclusivo protegido por una marca, el medicamento de marca aparecerá después de la versión genérica, entre paréntesis y escrito en letra regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Por ejemplo: *quinapril hcl* (Accupril).

### Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

Nivel 1	<b>Medicamentos genéricos.</b> Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. <b>Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.</b>	\$
Nivel 2	<b>Medicamentos de marca preferida.</b> Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.	\$\$
Nivel 3	<b>Medicamentos de marca no preferida.</b> Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida.	\$\$\$
Nivel 4	<b>Medicamentos de especialidad de marca.</b> <b>Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.</b> Los medicamentos de especialidad genéricos están cubiertos en un nivel inferior.	\$\$\$\$

\* Los medicamentos están incluidos en la categoría terapéutica y clase proporcionadas por First Databank.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo leer esta Lista de medicamentos *(cont.)*

#### Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen límites y/o requisitos de cobertura adicionales tienen una abreviatura junto al nombre.\* Esto es lo que significan.

- |                |   |
|----------------|---|
| <b>(PA)</b>    | <b>Autorización previa:</b> Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(PA)</b> junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.  |
| <b>(QL)</b>    | <b>Límites a la cantidad:</b> Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(QL)</b> junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.   |
| <b>(ST)</b>    | <b>Tratamiento escalonado:</b> Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(ST)</b> junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.   |
| <b>(AGE)</b>   | <b>Requisitos de edad:</b> Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(AGE)</b> junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.   |
| <b>(SP)</b>    | Los <b>medicamentos de especialidad</b> se usan para tratar condiciones médicas complejas. Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen la abreviatura <b>SP</b> junto al nombre.   |
| <b>(HD)</b>    | <b>Medicamentos para entrega a domicilio:</b> Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>HD</b> junto al nombre. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio. |
| <b>(PPACA)</b> | <b>Medicamentos preventivos sin costos compartidos:</b> La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>PPACA</b> junto al nombre.   |
| <b>(CSL)</b>   | <b>Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos:</b> La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>CSL</b> junto al nombre.  |

\* Es posible que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan incluye los requisitos de autorización previa, límites a la cantidad, tratamiento escalonado y/o edad.

\*\* Si su médico considera que una alternativa no es adecuada para usted, podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

#### Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos

Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>			<b>Categoría terapéutica y clase</b> describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>			<b>Requisitos y límites de cobertura</b> le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nivel del medicamento</b> le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-<i>aspirin-caff</i>e 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal) FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T1 T3	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nombre del medicamento con receta</b> es el nombre del medicamento.  Los medicamentos están enumerados en <b>orden alfabético</b> (según el inglés) dentro de cada columna.  Los medicamentos de marca están escritos en <b>MAYÚSCULA</b> .  Los medicamentos genéricos están escritos en <b>minúscula cursiva</b> .
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	
ESGIC 50-325-40 MG TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen-caff</i> e)	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE ( <i>zebutal</i> )	T3	QL (6 caps/day)	
FIORICET ( <i>phrenilin forte</i> )	T1	QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>			
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY SYRINGE	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
CAFERGOT ( <i>ergotamine-caffeine</i> )	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
EMGALITY PEN	T2	PA	
EMGALITY SYRINGE	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)	

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento

Primero, busque la categoría terapéutica/clase en la que se encuentra su medicamento usando la siguiente lista ordenada alfabéticamente según el inglés. Luego vaya a esa página para ver los medicamentos cubiertos disponibles para tratar la condición.

Condición	Página	Condición	Página
<b>Analgésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (infecciones)	46, 47
<b>Analgésicos</b> (condiciones urinarias)	23	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (varios)	47
<b>Anestésicos</b> (varios)	23	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (condiciones cutáneas)	47
<b>Anestésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23, 24	<b>Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	47
<b>Anestésicos</b> (condiciones urinarias)	24	<b>Antineoplásicos</b> (cáncer)	47-53
<b>Antialérgicos</b> (alergia y rociadores nasales)	24	<b>Antineoplásicos</b> (condiciones cutáneas)	53
<b>Antiartríticos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24-26	<b>Medicamentos contra la obesidad</b> (control del peso)	53, 54
<b>Antiasmáticos</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	26-29	<b>Antiparasitarios</b> (infecciones)	54
<b>Antibióticos</b> (medicamentos para los oídos)	29	<b>Medicamentos antiparkinsonianos</b> (enfermedad de Parkinson)	54, 55
<b>Antibióticos</b> (condiciones oculares)	29-31	<b>Medicamentos antiplaquetarios</b> (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	55, 56
<b>Antibióticos</b> (infecciones)	31-37	<b>Antivíricos</b> (SIDA/VIH)	56-58
<b>Antibióticos</b> (condiciones cutáneas)	37, 38	<b>Antivíricos</b> (condiciones oculares)	58
<b>Anticoagulantes</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38, 39	<b>Antivíricos</b> (infecciones)	59, 60
<b>Antídotos</b> (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	39	<b>Antivíricos</b> (condiciones cutáneas)	60
<b>Antídotos</b> (abuso de sustancias)	39	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (alergia/rociadores nasales)	60
<b>Antimicóticos</b> (condiciones oculares)	39	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (enfermedad de Alzheimer)	61
<b>Antimicóticos</b> (productos femeninos)	39	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	61
<b>Antimicóticos</b> (infecciones)	40	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	61, 62
<b>Antimicóticos</b> (condiciones cutáneas)	40, 41	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (condiciones urinarias)	62
<b>Antihistamínicos y descongestivos combinados</b> (alergia/rociadores nasales)	41, 42	<b>Productos biológicos</b> (alergia/rociadores nasales)	62
<b>Antihistamínicos</b> (alergia/rociadores nasales)	42	<b>Productos biológicos</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	62
<b>Antihistamínicos</b> (condiciones oculares)	42	<b>Productos biológicos</b> (varios)	62
<b>Antihiper glucémicos</b> (diabetes)	42-45	<b>Productos biológicos</b> (vacunas)	62-64
<b>Antiinfecciosos</b> (productos dentales)	45		
<b>Antiinfecciosos</b> (infecciones)	45		
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (productos femeninos)	45		



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	64, 65	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	95, 96
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	65	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	96
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	65-68	Elect./calóricos/H2O (varios)	96
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	68, 69	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	96, 97
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	69-73	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	98
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	73, 74	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	98
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	74, 75	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	98-1045
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	75	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	104
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	75, 76	Hormonas (agentes hormonales)	105-109
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	77	Hormonas (infertilidad)	109
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	77-79	Hormonas (varias)	109
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	79	Hormonas (productos para la osteoporosis)	109
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	79	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	110
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	80-85	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	110
Anticonceptivos (varios)	85	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	110, 111
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	85-87	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	111-113
Diagnóstico (diabetes)	87	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	113, 114
Diagnóstico (varios)	87, 88	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	114, 115
Diuréticos (diuréticos)	88, 89	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	115
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	90	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/ depresión/trastorno bipolar)	115-118
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	90, 91	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	118, 119
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	91-95	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	119, 120
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	95	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	121, 122
		Preparaciones cutáneas (varias)	122
		Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	122
		Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	122-128

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página
<b>Agentes para dejar de fumar</b> (productos para dejar de fumar)	128, 129
<b>Preparaciones para la tiroides</b> (agentes hormonales)	129
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (SIDA/VIH)	130
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	130
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	130
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	130, 131
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (cáncer)	131
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (productos dentales)	131
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (condiciones oculares)	131
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (condiciones gastrointestinales/pirosis)	132
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (agentes hormonales)	132
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (varios)	133, 134
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (esclerosis múltiple)	135
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (nutritivos/alimenticios)	135
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (productos para la osteoporosis)	135
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	135, 136
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (condiciones cutáneas)	136
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (abuso de sustancias)	136
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (medicamentos para trasplante)	136
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (condiciones urinarias)	136, 137
<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (control del peso)	137
<b>Vitaminas</b> (nutritivas/alimenticias)	137, 138

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
<i>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
ALLZITAL	T3	PA
<i>tencon</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital-asp-caffeine</i> (Fiorinal)	T1	
FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/apap/caffeine</i>	T1	
<i>butalbital/apap/caffeine</i> (Esgic)	T1	
ESGIC ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA
FIORICET ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
<i>vtol lq</i> (Vanatol Lq)	T1	
<i>zebutal</i> (Esgic)	T1	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin e.c.</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>bufferin</i>	T1	HD PPACA
<i>choline mag trisalicylate</i>	T1	
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>ecpirin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>tri-buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 Inj/23 Days)
AJOVY 225MG/1.5ML SYRINGE	T2	SP PA QL (1 syr/30 days)
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL
AMERGE ( <i>naratriptan hcl</i> )	T3	ST QL
CAFERGOT ( <i>cafergot</i> )	T3	
CAMBIA	T3	ST QL
D.H.E.45 ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	
<i>diclofenac pot powder pack</i> (CAMBIA)	T1	ST QL (9 pkts/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (D.H.E.45)	T1	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (Migranal)	T1	QL
<i>eletriptan hbr</i> (Relpax)	T1	QL
EMGALITY	T2	PA QL (1 Unit/23 Days)
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 Unit/23 Days)
ERGOMAR	T3	
<i>ergotamine-caffeine</i> (Cafergot)	T1	
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	QL
<i>migergot</i>	T1	
MIGRANAL ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	ST QL
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL
NURTEC ODT	T2	PA QL
QULIPTA	T2	PA QL
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan</i> (Maxalt MLT)	T1	QL
<i>rizatriptan</i> (Maxalt)	T1	QL
<i>sumatriptan</i> (Imitrex)	T1	QL
<i>sumatriptan succinate</i> (Imitrex)	T1	QL
<i>sumatriptan succ-naproxen sod</i> (Treximet)	T1	QL
TOSYMRA	T3	ST QL
TRUDHESA NASAL SPRAY	T3	ST QL (4 units (1 carton)/28 days)
UBRELVY 50MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL
<i>zolmitriptan odt</i> (Zomig ZMT)	T1	QL
ZOMIG	T3	ST QL
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
SPRIX	T3	ST QL
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<i>diclofenac</i>	T1	QL HD
<i>diclofenac</i>	T1	
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>ketorolac</i>	T1	HD
<i>ketorolac</i>	T1	QL HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>ketorolac</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<i>acetaminophen w/codeine</i>	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>hydrocodone w/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet hd</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet plus</i> (Norco)	T1	PA QL
LORTAB	T3	PA QL
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>tramadol hcl-acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	PA QL
TYLENOL W/CODEINE ( <i>acetaminophen-codeine</i> )	T3	PA QL
ULTRACET ( <i>tramadol hcl-acetaminophen</i> )	T3	PA QL
<i>vicodin hp</i>	T1	PA QL
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone w/aspirin</i>	T1	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
ACTIQ ( <i>fentanyl</i> )	T3	ST QL (90 Units/63 Days)
ARYMO ER	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
BELBUCA	T2	ST QL
<i>belladonna &amp; opium</i>	T1	PA QL
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>codeine</i>	T1	PA QL
CONZIP	T3	ST QL (30 Units/30 days)
DILAUDID ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA QL
<i>diskets</i>	T1	
DOLOPHINE HCL ( <i>methadone hcl</i> )	T3	ST
DSUVIA	T4	SP
<i>fentanyl</i>	T1	QL (15 Units/23 Days)
<i>fentanyl</i> (Actiq)	T1	QL (90 Units/63 Days)
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	QL (15 Patches/23 Days)
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro ER)	T1	QL (90 Units/23 Days)
<i>hydromorphone er</i>	T1	QL (60 Tabs/23 Days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER	T2	ST QL (60 Units/23 Days)
KADIAN ( <i>morphine er</i> )	T3	ST QL (90 Caps/23 Days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA QL
<i>methadone hcl</i> (Dolophine Hcl)	T1	
<i>methadose</i>	T1	
<i>morphine</i>	T1	PA QL
MORPHINE	T3	PA QL
<i>morphine cr</i> (Ms Contin)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
<i>morphine er</i> (Kadian)	T1	QL (90 Caps/23 Days)
<i>morphine er</i> (MS Contin)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
MS CONTIN ( <i>morphine cr, morphine er</i> )	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
MS CONTIN ( <i>morphine er</i> )	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
OXAYDO	T3	PA QL
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl</i> (Roxicodone)	T1	PA QL
OXYCONTIN	T2	ST QL (90 Tabs/23 Days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxymorphone hcl er</i>	T1	QL (90 Tabs/23 Days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>pentazocine and naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE ( <i>oxycodone hcl</i> )	T3	PA QL
<i>tramadol hcl er</i>	T1	QL (30 Units/30 days)
ULTRAM ( <i>tramadol hcl</i> )	T3	PA QL

### ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>asa-butalb-caff-cod</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>ascomp with codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>butalbital compound w/codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
FIORINAL W/CODEINE ( <i>asa-butalb-caffeine-codeine</i> )	T3	PA QL

### ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

<i>butalbital/caff/apap/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE ( <i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i> )	T3	PA QL

### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES

<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	T1	PA QL
-------------------------------------	----	-------

### ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS

ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	

### ANESTÉSICOS (Varios)

#### ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>forane</i> (Forane)	T1	
<i>isoflurane</i> (Forane)	T1	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
<i>terrell</i> (Forane)	T1	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T3	

### ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### ANESTÉSICOS LOCALES

<i>glydo</i>	T1	QL (60ML/23 Days)
<i>lidocaine</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	QL (60ML/23 Days)

#### ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS

CETACAINE ANESTHETIC	T3	
----------------------	----	--

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)</b>		
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine</i> (Lidoderm)	T1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (50GM/21 Days)
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	T3	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	T1	QL (30GM/23 Days)
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA

### ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)

<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM ( <i>phenazopyridine hcl</i> )	T3	

### ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS

<i>cromolyn</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM ( <i>cromolyn</i> )	T3	

### ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS

<i>salsalate</i>	T1	HD
------------------	----	----

#### AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES

DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T4	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP

#### AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS

RASUVO	T2	ST
--------	----	----

#### ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS

ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	QL (30 Units/30 days) HD

#### ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)

OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T4	PA QL SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL SP HD

#### COLCHICINA

<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COLCHICINE (cont.)</b>		
MITIGARE	T2	HD
<b>SALES DE ORO</b>		
RIDAURA	T2	
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	HD
ZYLOPRIM ( <i>allopurinol</i> )	T3	HD
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T4	PA ST QL SP
RINVOQ ER 30MG TABLET	T4	PA ST QL SP
XELJANZ	T4	PA QL SP HD
XELJANZ 1mg/ml ORAL SOLUTION	T4	QL
XELJANZ XR	T4	PA QL SP HD
<b>COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2</b>		
DUEXIS	T3	ST HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
ARTHROTEC ( <i>diclofenac -misoprostol</i> )	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
ANAPROX DS ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
DAYPRO ( <i>oxaprozin</i> )	T3	ST HD
EC-NAPROSYN ( <i>ec-naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	
<i>etodolac er</i>	T1	HD
FELDENE ( <i>piroxicam</i> )	T3	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>fenoprofen</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibu</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i> (Children'S Advil)	T1	HD
INDOCIN	T3	ST HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>ketoprofen</i>	T1	HD
LODINE ( <i>etodolac</i> )	T3	ST HD
<i>meclofenamate</i>	T1	HD
<i>meloxicam 15mg tablet</i> (Mobic)	T1	HD
<i>meloxicam 7.5mg tablet</i> (Mobic)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
MOBIC 15 MG TABLET ( <i>meloxicam</i> )	T3	ST QL (30 tabs/30 days) HD
MOBIC 7.5 MG TABLET ( <i>meloxicam</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	T1	HD
NALFON ( <i>fenoprofen</i> )	T3	ST HD
NAPRELAN ( <i>naproxen cr</i> )	T3	ST HD
NAPROSYN ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>naproxen</i>	T1	ST HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i> (Naprelan)	T1	ST
<i>naproxen</i> (Anaprox DS)	T1	HD
<i>naproxen</i> (EC-Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>oxaprozin</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST
QMIIZ ODT 7.5MG TABLET	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin</i>	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)</b>		
<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T1	HD
<i>celecoxib</i>	T1	HD
<b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid w/colchicine</i>	T1	HD
<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA</b>		
<i>zileuton</i>	T1	PA HD
ZYFLO	T3	PA HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
INCRUSE ELLIPTA	T2	QL HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA (cont.)</b>		
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL HD
SEEBRI NEOHALER	T3	QL HD
SPIRIVA	T2	QL HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL HD
YUPELRI	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
ATROVENT HFA	T3	QL HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>albuterol</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
<i>albuterol</i>	T1	
<i>albuterol hfa (Proair Hfa)</i>	T1	QL
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX ( <i>levalbuterol concentrate</i> )	T3	
XOPENEX ( <i>levalbuterol hcl</i> )	T3	
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA</b>		
ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
BROVANA	T3	QL HD
PERFOROMIST	T3	QL HD
SEREVENT DISKUS	T2	QL HD
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS</b>		
ANORO ELLIPTA	T2	QL HD
BEVESPI AEROSPHERE	T2	QL HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL HD
<i>ipratropium-albuterol</i>	T1	QL HD
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)</b>		
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
<b>COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS</b>		
ADVAIR DISKUS ( <i>fluticasone-salmeterol</i> )	T3	ST QL HD
ADVAIR HFA	T2	ST QL HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	PA QL HD
BREO ELLIPTA	T2	ST QL HD
<i>breyna 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA	T2	ST QL HD
<i>fluticasone-salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	QL HD
SYMBICORT	T2	ST QL HD
<i>wixela inhub (Advair Diskus)</i>	T1	QL HD
<b>ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS</b>		
TRELEGY ELLIPTA	T2	QL
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL</b>		
ALVESCO	T3	QL HD
ARNUITY ELLIPTA	T2	QL HD
ASMANEX	T2	QL HD
ASMANEX HFA	T2	QL HD
<i>budesonide (Pulmicort)</i>	T1	QL HD
FLOVENT DISKUS	T2	QL HD
FLOVENT HFA	T2	QL HD
QVAR REDIHALER	T2	QL HD
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
FASENRA PEN	T4	PA ST QL SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
ACCOLATE ( <i>zafirlukast</i> )	T3	HD
<i>montelukast (Singulair)</i>	T1	HD
<i>zafirlukast (Accolate)</i>	T1	HD
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>		
XOLAIR 150 MG VIAL	T4	PA QL(6 VLS/28 DAYS) SP HD
XOLAIR 150MG SYRINGE	T4	PA QL(4 SYRINGES/28 DAYS) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE) (cont.)</b>		
XOLAIR 75MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5</b>		
NUCALA	T4	PA QL SP HD
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
<b>XANTINAS</b>		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin)	T1	HD
<b>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cetraxal)	T1	
COLY-MYCIN S	T3	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRODEX	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	T3	
MAXITROL ( <i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> )	T3	
<i>neo/polymyxin/dexamethasone</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/poly/hc</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethaso</i> (Maxitrol)	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX EYE DROPS ( <i>tobramycin-dexamethasone</i> )	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramycin-dexamethasone (Tobradex)</i>	T1	
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>		
BLEPH-10 ( <i>sulfacetamide</i> )	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide (Bleph-10)</i>	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
<i>ak-poly-bac</i>	T1	
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin</i>	T1	
CILOXAN ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl (Ciloxan)</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>gatifloxacin (Zymaxid)</i>	T1	
<i>gentak</i>	T1	
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
KLARITY-A (AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
MOXEZA ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
<i>moxifloxacin hcl (Moxeza)</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl (Vigamox)</i>	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
<i>neo-polycin</i>	T1	
OCUFLOX ( <i>ofloxacin</i> )	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polycin</i>	T1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM ( <i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> )	T3	
<i>tobramycin</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX ( <i>tobramycin</i> )	T3	
VIGAMOX ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
ZYMAXID ( <i>gatifloxacin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
SOLOSEC	T2	QL
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
BACTRIM ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
BACTRIM DS ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim DS)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS	T4	PA QL(224 MLS/FILL) SP HD
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
KITABIS PAK	T4	PA QL(280 MLS/FILL) SP HD
<i>neomycin</i>	T1	
TOBI PODHALER	T4	PA QL(224 CAPS/FILL) SP HD
<i>tobramycin</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T4	PA QL(280 MLS/FILL) SP HD
<i>tobramycin</i> (Tobi)	T1	PA QL SP HD
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
HIPREX ( <i>methenamine hippurate</i> )	T3	
hyophen	T1	
me-naphos-mb-hyo 1 (Urogescic-Blue)	T1	
methenamine hippurate (Hiprex)	T1	
methenamine mandelate	T1	
MONUROL	T3	
phosphasal (Uretron D-S)	T1	
PRIMSOL	T3	
trimethoprim	T1	
URELLE	T3	
uretron d-s (Uretron D-S)	T1	
URIBEL	T3	
urimar-t	T1	
urin d.s. (Uretron D-S)	T1	
uro-458 (Urelle)	T1	
uroav-b (Uribel)	T1	
urogesic (Urogescic-Blue)	T1	
uro-mp (Uribel)	T1	
uryl (Urogescic-Blue)	T1	
ustell	T1	
utira-c (Uretron D-S)	T1	
vilamit mb (Uribel)	T1	
vilevev mb (Urelle)	T1	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
dapsone	T1	
THALOMID 50mg, 100mg CAPSULES	T4	PA QL SP HD
THALOMID 150mg, 200mg CAPSULES	T4	PA QL SP HD
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
ethambutol hcl (Myambutol)	T1	HD
isoniazid	T1	HD
MYAMBUTOL ( <i>ethambutol hcl</i> )	T3	HD
MYCOBUTIN ( <i>rifabutin</i> )	T3	HD
PASER	T3	HD
pyrazinamide	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)</b>		
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CYCLOSERINE	T3	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
RIFADIN ( <i>rifadin</i> )	T3	
RIFADIN ( <i>rifampin</i> )	T3	
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T4	PA SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T4	PA QL(84 MLS/FILL) SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
KEFLEX ( <i>cephalexin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefdirinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefopodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone</i>	T1	
SPECTRACEF	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX ( <i>cefixime</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
CLEOCIN HCL ( <i>clindamycin hcl</i> )	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.)</b>		
CLEOCIN PALMITATE ( <i>clindamycin (pediatric)</i> )	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin pediatric</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin 100mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (195ML/68 Days)
<i>azithromycin 1gm powder packet</i> (Zithromax)	T1	QL (2 Packets/68 Days)
<i>azithromycin 200mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (120ML/68 Days)
<i>azithromycin 250mg, 500mg tablet</i> (Zithromax)	T1	QL (15 Tabs/ 68 Days)
<i>azithromycin 600mg tablet</i>	T1	QL (24 Tabs/68 Days)
<i>clarithromycin</i>	T1	
<i>clarithromycin er</i>	T1	
DIFICID	T3	QL (60 Caps/30 Days)
e.e.s.	T1	
E.E.S. ( <i>erythromycin ethyl</i> )	T3	
ERYPED ( <i>erythromycin ethyl</i> )	T3	
<i>ery-tab</i>	T1	
<i>erythrocin stearate</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Ery-Tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (2 Packets/68 Days)
ZITHROMAX 100MG/5 ML SUSPENSION ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (195ML/68 Days)
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSPENSION ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (120ML/68 Days)
ZITHROMAX 250MG, 500MG TABLET ( <i>azithromycin</i> )	T3	QL (15 Tabs/ 68 Days)
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
MACROBID ( <i>nitrofurantoin mono-macro</i> )	T3	
MACRODANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrobid)	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> (Augmentin ES-600)	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/ML SUSP, 500 MG TAB ( <i>amoxicillin-clavulanate potass</i> )	T3	
<i>dicloxacillin</i>	T1	
<i>penicillin V</i>	T1	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
BAXDELA	T2	QL
CIPRO ( <i>ciprofloxacin</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
LEVAQUIN ( <i>levofloxacin</i> )	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
ACTICLATE ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
<i>avidoxy</i>	T1	
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>coremino</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Acticlate)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
<i>doxycycline hyclate</i> (Doryx)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Targadox)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
MINOCIN ( <i>minocycline hcl</i> )	T3	ST
<i>minocycline hcl</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i> (Solodyn)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
<i>mondoxynone nl</i>	T1	
<i>morgidox</i>	T1	
MORGIDOX	T3	ST
<i>morgidox</i> (Vibramycin)	T1	
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS	T4	SP
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS WITH LOAD	T4	SP
<i>okebo</i>	T1	
ORACEA	T3	ST
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN ( <i>minocycline hcl er</i> )	T3	ST
TARGADOX	T3	ST
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline monohydrate</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
CLEOCIN PHOSPHATE ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole</i>	T1	
NUVESSA	T3	
<i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
VANCOCLIN HCL ( <i>vancomycin hcl</i> )	T3	QL
<i>vancomycin 125mg capsule</i>	T1	PA QL (40 caps/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS (cont.)</b>		
<i>vancomycin 250mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	QL
<i>vancomycin hcl</i> (Vancocin Hcl)	T1	QL
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN ( <i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 Units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
CLEOCINT ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL (120GM/23 Days)
CLEOCINT ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL (120ML/23 Days)
CLINDACIN ETZ	T3	ST
<i>clindacin etz</i>	T1	
<i>clindacin p</i>	T1	
CLINDACIN PAC	T3	ST
<i>clindamycin 1% foam</i> (Evoclin)	T1	QL (100 GM/23 Days)
<i>clindamycin 1% gel</i>	T1	
<i>clindamycin 1% lotion</i> (Cleocin T)	T1	QL (120ML/23 Days)
<i>clindamycin 1% solution</i>	T1	QL (120ML/23 Days)
<i>clindamycin capsule</i>	T1	
<i>ery</i>	T1	
<i>erygel</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL (100 GM/23 Days)
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
<i>mupirocin 2% oint.</i>	T1	QL (1 treatment/30 days)
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	QL
XEPI	T3	ST QL (30 Units/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
<i>avar</i>	T1	
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E LS CREAM	T3	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
PLEXION	T3	ST
SILVADENE ( <i>silver sulfadiazine</i> )	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>ss 10-2</i> (Avar Ls)	T1	
<i>ssd</i> (Silvadene)	T1	
<i>sss 10-5</i>	T1	
<i>sulfacetamide -sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar-E LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Plexion)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumadan)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumaxin)	T1	
<i>sulfacleanse 8/4</i>	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET ( <i>mafenide</i> )	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN ( <i>sulfacetamide-sulfur</i> )	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>		
COUMADIN ( <i>jantoven</i> )	T3	
COUMADIN ( <i>warfarin</i> )	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
<i>warfarin</i>	T1	HD
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES</b>		
ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES (cont.)</b>		
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
BEVYXXA	T3	
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
ARIXTRA ( <i>fondaparinux</i> )	T4	SP
<i>enoxaparin</i> (Lovenox)	T1	
<i>fondaparinux</i> (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T4	SP
<i>heparin</i>	T1	
<b>ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
MOVANTIK	T2	QL (30 Units/30 days)
RELISTOR	T2	ST
SYMPROIC	T2	
<b>ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)</b>		
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES</b>		
EVZIO, NALOXONE, <i>naloxone</i>	T3 T1	
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN	T2	QL
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE-1	T3	
<i>miconazole</i> 3	T1	
<i>terconazole</i>	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIMICÓTICOS (Infecciones)

#### AGENTES ANTIMICÓTICOS

ANCOBON ( <i>flucytosine</i> )	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	QL (60ml/28 days)
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN ( <i>fluconazole</i> )	T3	
DIFLUCAN 150MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )	T3	QL (2 tabs/episode)
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole 150mg tablet</i> (Diflucan)	T1	QL
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole 100mg capsule</i> (Sporanox)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>itraconazole 10mg/ml solution</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 40MG/ML SUSP	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX 100MG CAPSULE ( <i>itraconazole</i> )	T3	QL (300ml/1 treatment)
SPORANOX 10MG/ML SOLUTION ( <i>itraconazole</i> )	T3	
<i>terbinafine</i>	T1	
VFEND ( <i>voriconazole</i> )	T3	PA
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA

#### ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS

BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicrosized</i>	T1	
<i>nystatin</i>	T1	QL (60grams/28 days)

### ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE

<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (45GM/21 Days)
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (60ML/21 Days)

#### ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

<i>ciclodan</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream</i> (Loprox)	T1	QL (90GM/21 Days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100grams/30 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical solution</i> (Loprox)	T1	QL (60ML/21 Days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i> (Loprox)	T1	QL (120ML/21 Days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>ciclopirox 8% solution, treatment kit</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	QL (85GM/21 Days)
ERTACZO	T3	QL (60GM/21 Days)
EXELDERM	T3	QL (60 Units/21 Days)
EXTINA ( <i>ketoconazole</i> )	T3	ST QL (100 GM/21 Days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60GM/21 Days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 GM/21 Days)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T1	QL (120ML/21 Days)
<i>ketodan (Extina)</i>	T1	ST QL (100 GM/21 Days)
<i>ketodan (Ketodan)</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM ( <i>ciclopirox</i> )	T3	QL (90GM/21 Days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544GM/23 Days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 Kit/23 Days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SOLUTION ( <i>ciclopirox</i> )	T3	QL (60ML/21 Days)
LOPROX 1% SHAMPOO ( <i>ciclopirox</i> )	T3	QL (120ML/21 Days)
LOTRISONE CREAM	T3	QL (90grams/28 days)
LUZU	T3	QL (60GM/21 Days)
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T3	QL (50GM/21 Days)
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T1	QL (60GM/21 Days)
NAFTIN ( <i>naftifine hcl</i> )	T3	QL (90grams/28 days)
NIZORAL ( <i>ketoconazole</i> )	T3	QL (120ML/21 Days)
<i>nyamyc</i>	T1	QL
<i>nystatin</i>	T1	QL
<i>nystatin w/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystatin/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystop</i>	T1	QL
<i>oxiconazole nitrate (Oxistat)</i>	T1	QL (60 Units/21 Days)
OXISTAT	T3	QL (90grams/28 days)
VUSION	T3	QL (100grams/28 days)

## ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>promethazine vc</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	

### ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

<i>carbinoxamine</i>	T1	
<i>carbinoxamine</i> (Ryvent)	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	ST
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA ( <i>dexchlorpheniramine maleate</i> )	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL ( <i>hydroxyzine pamoate</i> )	T3	

#### ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN

CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T1	QL (30 Units/30 days) HD

### ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares)

#### ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS

<i>azelastine hcl</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST

### ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

#### ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA

OSENI	T3	QL (30 Units/30 days) HD
-------	----	--------------------------

#### ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)

ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL HD
BYDUREON PEN	T2	PA QL HD
BYETTA	T2	PA QL HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)</b>		
MOUNJARO	T2	PA QL
OZEMPIC	T2	PA QL HD
RYBELSUS	T2	PA QL(30 tabs/30 days) HD
TRULICITY	T2	PA QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T2	QL HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
JARDIANCE	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLATRO	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
<i>GLYSET</i> ( <i>miglitol</i> )	T3	HD
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
FORTAMET ( <i>metformin er osmotic</i> )	T3	PA QL HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl er</i>	T1	QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Fortamet)	T1	PA QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Glumetza)	T1	PA QL
RIOMET ( <i>metformin hcl</i> )	T3	ST HD
RIOMET ER	T3	ST HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
JANUVIA	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
AMARYL ( <i>glimepiride</i> )	T3	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)</b>		
<i>glipizide er</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide xl</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
GLUCOTROL ( <i>glipizide</i> )	T3	HD
GLUCOTROL XL ( <i>glipizide er</i> )	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE ( <i>glyburide micronized</i> )	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX ( <i>nateglinide</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLUJAN	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>pioglitazone-glimepiride</i> (Duetact)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
JANUMET	T2	QL HD
JANUMET XR	T2	QL HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
AVANDIA	T3	ST QL HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
INVOKAMET	T2	ST QL HD
SEGLUROMET	T2	ST QL HD
SYNJARDY	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
SYNJARDY XR	T2	ST QL HD
XIGDUO XR	T2	ST QL HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INSULINAS (cont.)</b>		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD
LEVEMIR	T2	HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T2	HD
MYXREDLIN	T3	HD
SEMGLEE	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	HD
<b>ANTIINFECCIOSOS (Productos dentales)</b>		
<b>TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECCIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL</b>		
ARESTIN	T4	SP HD
<b>ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
<i>fem ph</i>	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 Tabs/23 Days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 Tabs/23 Days)
<b>AMEBICIDAS</b>		
<i>paromomycin</i>	T1	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
ALBENZA ( <i>albendazole</i> )	T3	QL (120 Tabs/23 Days)
BILTRICIDE ( <i>praziquantel</i> )	T3	
EMVERM	T2	QL (6 Tabs/23 Days)
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA QL (20 Tabs/23 Days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL ( <i>ivermectin</i> )	T3	QL (20 Tabs/23 Days)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
ARAKODA	T3	QL (20 Tabs/365 Days)
ARAKODA 100mg tablets	T3	QL (32 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 250-100mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (60 Tabs/180 Days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (180 Tabs/180 Days)
<i>chloroquine 250mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/274 Days)
<i>chloroquine 500mg tablet</i>	T1	QL (28 Tabs/274 Days)
COARTEM	T2	QL (24 Tabs/23 Days)
DARAPRIM ( <i>pyrimethamine</i> )	T4	PA SP
<i>hydroxychloroquine</i> (Plaquenil)	T1	QL
KRINTAFEL	T3	QL (2 Tabs/23 Days)
MALARONE 250-100MG TABLET ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	T3	QL (60 Tabs/180 Days)
MALARONE 62.5-25MG TABLET ( <i>atovaquone-proguanil hcl</i> )	T3	QL (180 Tabs/180 Days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL (13 Tabs/180 Days)
PRIMAQUINE BRAND	T2	QL (120 Tabs/180 Days)
<i>primaquine generic</i>	T1	QL (120 Tabs/180 Days)
QUALAQUIN (quinine )	T3	QL (42 Caps/23 Days)
<i>quinine</i> (Qualaquin)	T1	QL (42 Caps/23 Days)
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL (720 Tabs/365 Days)
IMPAVIDO	T2	QL (84 Caps/23 Days)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)</b>		
MEPRON ( <i>atovaquone</i> )	T3	
NEBUPENT	T3	QL (1 Vial/21 Days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL (1 Vial/21 Days)
<b>ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>aminoacetic acid</i> (Aminoacetic Acid)	T1	
<i>glycine</i> (Aminoacetic Acid)	T1	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
<b>ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN	T3	ST
<i>ciclopirox</i>	T1	
<b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF) PEN 40MG, 40MG SYR	T4	PA SP
CYLTEZO(CF) 40MG/0.8ML, 20MG/0.4ML, 10MG/0.2ML SYR, PEN CRH-UC-HS 40MG, PEN PSORIASIS 40MG, PEN 40 MG/0.8 ML	T4	PA SP
ENBREL	T4	PA QL SP HD
HUMIRA	T4	PA QL SP HD
HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK	T4	PA QL SP HD
HUMIRA PEDIATRIC	T4	PA QL SP HD
HYRIMOZ(CF) 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML SYR, 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML PEN, PEN PSORIA 80-40MG, PEN CROHN-UC 80MG, PEDI CROHN 80-40MG, PEDI CROHN 80MG	T4	SP PA
SIMPONI	T4	PA QL SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)</b>		
<b>ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS</b>		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
<b>ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS</b>		
JELMYTO	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)</b>		
FARYDAK 10mg, 20mg CAPSULE	T3	PA QL SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC) (cont.)</b>		
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES</b>		
ALKERAN ( <i>melfalan</i> )	T4	SP CSL
<i>cyclophosphamide</i>	T3	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T4	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T4	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA ( <i>hydroxyurea</i> )	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
<i>melfalan hcl</i> (Alkeran)	T1	SP CSL
MYLERAN	T2	CSL
TEMODAR ( <i>temozolomide</i> )	T4	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX ( <i>bicalutamide</i> )	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
<i>flutamide</i>	T1	CSL
NILANDRON ( <i>nilutamide</i> )	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T4	PA QL SP HD CSL
XTANDI	T4	PA QL SP HD CSL
YONSA	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
ARRANON	T3	
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	SP HD CSL
LONSURF	T4	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T1	CSL
<i>methotrexate</i>	T1	
<i>methotrexate</i>	T1	CSL
PURIXAN	T4	SP CSL

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA (capecitabine)	T3	PA QL ST SP HD CSL
XELODA 150MG tablets	T4	PA SP HD QL (56 tabs/fill) CSL
XELODA 500MG tablets	T4	PA SP HD QL (140 tabs/fill) CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN ( <i>exemestane</i> )	T3	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA CSL
FEMARA ( <i>letrozole</i> )	T3	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
BRAFTOVI	T4	PA QL SP CSL
TAFINLAR	T4	SP PA HD QL CSL
ZELBORAF	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T</b>		
BREYANZI	T3	PA
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
DAURISMO	T4	PA QL SP HD CSL
ERIVEDGE	T4	PA QL SP HD CSL
ODOMZO	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
LUMAKRAS	T4	PA SP QL (8 tabs per day) HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2</b>		
COTELLIC	T4	PA QL SP HD CSL
KOSELUGO	T4	PA SP CSL
MEKINIST TABLET	T4	PA SP HD QL CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP HD QL (108ml/30 days) CSL
MEKTOVI	T4	PA QL SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
AFINITOR 10MG TABLET	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	T3	PA QL ST SP
AFINITOR 2.5MG, 5MG, 7.5MG TABLET ( <i>everolimus</i> )	T3	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)</b>		
AFINITOR DISPERZ	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP CSL
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T4	PA QL SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
POMALYST	T4	PA QL SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
<b>AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
VANTAS	T4	SP HD CSL
ZOLADEX	T2	SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ORGOVYX	T4	PA QL SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
ALECENSA	T4	PA QL SP HD CSL
ALUNBRIG	T4	PA QL SP CSL
AYVAKIT	T4	PA QL SP CSL
BALVERSA	T4	PA SP CSL
BOSULIF	T4	PA QL SP HD CSL
BRUKINSA	T4	PA SP CSL
CABOMETYX	T4	PA QL SP HD CSL
CALQUENCE	T4	PA QL SP CSL
CAPRELSA	T4	PA QL SP CSL
COMETRIQ	T4	PA QL SP HD CSL
COPIKTRA	T4	PA QL SP HD CSL
<i>erlotinib hcl</i> (Tarceva)	T1	PA QL SP HD CSL
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	T4	PA QL SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL SP HD CSL
GILOTRIF	T4	PA QL SP HD CSL

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
IBRANCE	T4	PA QL SP HD CSL
ICLUSIG	T4	PA QL SP CSL
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	PA QL SP HD CSL
IMBRUVICA	T4	PA QL SP CSL
INLYTA	T4	PA QL SP HD CSL
IRESSA	T4	PA QL SP HD CSL
KISQALI	T4	PA SP HD QL CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T4	PA SP HD QL CSL
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 4 MG CAPSULE	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 20MG	T4	PA QL SP HD CSL
LENVIMA 24MG	T4	PA QL SP HD CSL
LORBRENA	T4	PA QL SP HD CSL
LYNPARZA	T4	PA QL SP HD CSL
LYTGOBI	T4	PA SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD CSL
NEXAVAR (sorafenib tosylate)	T4	PA QL SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL SP CSL
PIQRAY	T4	PA SP HD CSL
ROZLYTREK	T4	PA QL SP HD CSL
RUBRACA	T4	PA QL SP CSL
RYDAPT	T4	PA QL SP HD CSL
SCEMBLIX 20MG TABLET	T4	PA SP HD QL (600 tabs/30 days) CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T4	PA SP HD QL (300 tabs/30 days) CSL
SPRYCEL	T4	QL SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL SP HD CSL
SUTENT	T4	PA ST QL SP CSL
TABRECTA	T4	PA SP HD CSL
TAGRISSO	T4	PA QL SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
TALZENNA	T4	PA QL SP HD CSL
TARCEVA (erlotinib hcl)	T4	PA QL SP HD CSL
TASIGNA	T4	PA QL SP HD CSL
TUKYSA	T4	PA QL SP CSL
TURALIO	T4	PA QL SP CSL
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE PK	T4	SP PA QL (42 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE PK	T4	SP PA QL (63 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE PK	T4	SP PA QL (42 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE PK	T4	SP PA QL (21 caps/21 days) CSL
TYKERB	T4	PA QL SP HD CSL
VERZENIO	T4	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 25 MG CAPSULE	T4	PA QL SP HD CSL
VIZIMPRO	T4	PA QL SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL SP CSL
VOTRIENT	T4	PA QL SP HD CSL
XALKORI	T4	PA QL SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA SP CSL
ZEJULA	T4	SP PA
ZYDELIG	T4	PA QL SP HD CSL
ZYKADIA	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)</b>		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
VENCLEXTA	T4	PA QL SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)</b>		
WELIREG	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T4	PA QL SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL
<b>FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
ENHERTU	T3	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA SP
<i>tretinoin</i>	T1	CSL
<b>ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)</b>		
YERVOY	T2	PA SP HD
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
INTRON A	T2	SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
FARESTON ( <i>toremifene</i> )	T4	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD CSL
<i>tamoxifen</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene</i> (Fareston)	T1	HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
AMELUZ	T4	SP
LEVULAN	T4	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
PANRETIN	T4	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL ( <i>bexarotene</i> ) T4 PA SP HD	T4	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	PA SP HD
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)</b>		
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ADIPEX-P ( <i>phentermine hcl</i> )	T3	PA QL (30 caps/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 25 mg tablets</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 75 mg tablets</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)</b>		
LOMAIRA	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>phentermine ER</i>	T1	QL (30 caps/30 days)
QSYMIA	T3	PA QL (30 caps/30 days)
REGIMEX ( <i>benzphetamine hcl</i> )	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD</b>		
IMCIVREE	T4	PA QL SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180ml/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE ( <i>permethrin</i> )	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)</b>		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa er</i>	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
COMTAN ( <i>entacapone</i> )	T3	HD
DUOPA	T4	PA SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T4	PA QL SP HD
MIRAPEX ER ( <i>pramipexole er</i> )	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T4	PA QL SP HD
OSMOLEX ER	T3	PA QL (30 Units/30 days) HD
PARLODEL ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex)	T1	HD
<i>pramipexole er</i> (Mirapex ER)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
REQUIP XL ( <i>ropinirole er</i> )	T3	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i> (Requip XL)	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET ( <i>carbidopa-levodopa</i> )	T3	HD
STALEVO ( <i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> )	T3	HD
TASMAR ( <i>tolcapone</i> )	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN ( <i>carbidopa</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA</b>		
<i>aspirin e.c.</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin-dipyridamole er</i> (Aggrenox)	T1	HD
BRILINTA	T2	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)</b>		
<i>children's aspirin</i> (Bayer Chewable Aspirin)	T1	HD PPACA
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i>	T1	HD PPACA
EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )	T3	HD
<i>enteric coated aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>low dose aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>st. joseph aspirin</i>	T1	HD PPACA
ZONTIVITY	T3	PA HD
<b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b>		
AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )	T3	
<i>anagrelide hydrochloride</i> (Agyrin)	T1	
<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>		
SUNLENCA	T4	PA SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
JULUCA	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI</b>		
DOVATO	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b>		
SYM TUZA	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T2	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
TEMIXYS	T4	SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir-lamivudine</i> (Epzicom)	T1	SP
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> (Trizivir)	T1	SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine-zidovudine</i> )	T4	SP
EPZICOM ( <i>abacavir-lamivudine</i> )	T4	SP
<i>lamivudine-zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR ( <i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> )	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
SELZENTRY	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
EDURANT	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T1	SP
INTELENCE	T4	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune)	T1	SP
<i>nevirapine er</i>	T1	SP
<i>nevirapine er</i> (Viramune XR)	T1	SP
SUSTIVA ( <i>efavirenz</i> )	T4	SP
VIRAMUNE ( <i>nevirapine</i> )	T3	SP
VIRAMUNE XR ( <i>nevirapine er</i> )	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
EMTRIVA	T4	SP
EPIVIR ( <i>lamivudine</i> )	T3	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T1	SP
RETROVIR ( <i>zidovudine</i> )	T4	SP
<i>stavudine</i> (Zerit)	T1	SP
ZIAGEN ( <i>abacavir</i> )	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150MG, 200MG, 250MG TABLET, POWDER	T4	SP
VIREAD 300 MG TABLET ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<i>atazanavir (Reyataz)</i>	T1	SP
CRIXIVAN	T2	SP
EVOTAZ	T4	SP
<i>fosamprenavir (Lexiva)</i>	T1	SP
INVIRASE	T4	SP
KALETRA ( <i>lopinavir-ritonavir</i> )	T4	SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
LEXIVA 700 MG TABLET ( <i>fosamprenavir</i> )	T4	SP
<i>lopinavir-ritonavir (Kaletra)</i>	T1	QL (2ML/Day) SP
NORVIR 100 MG TABLET ( <i>ritonavir</i> )	T4	SP
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION, 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
REYATAZ CAPSULES ( <i>atazanavir</i> )	T4	SP
REYATAZ POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir (Norvir)</i>	T1	SP
VIRACEPT	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-1</b>		
APRETUDE	T4	PA SP
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
<b>ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI	T4	SP
SYMFI LO	T4	SP
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	QL
LIVTENCITY	T4	PA QL SP
<i>oseltamivir phosphate</i> (Tamiflu)	T1	QL
OSELTAMIVIR 6MG/ML SUSPENSION	T3	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir 30mg capsule</i>	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir 45mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir 75mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T4	QL SP HD
RELENZA	T3	QL (20 blisters/10 days )
<i>ribavirin</i> (Virazole)	T1	SP HD
<i>rimantadine hcl</i>	T1	
TAMIFLU ( <i>oseltamivir phosphate</i> )	T3	QL
<i>valacyclovir</i> (Valtrex)	T1	QL (30 Units/30 days)
VALCYTE ( <i>valganciclovir hcl</i> )	T3	
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
VIRAZOLE	T4	PA SP
XOFLUZA	T3	QL
ZOVIRAX ( <i>acyclovir</i> )	T3	
<b>HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.</b>		
VIEKIRA PAK	T4	PA QL(112 TABS/1 DAYS) SP HD
<b>HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
EPCLUSA PELLET PACKET	T4	PA QL SP HD
EPCLUSA	T4	PA QL SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA QL SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	T4	SP
EPIVIR HBV TABLETS ( <i>lamivudine hbv</i> )	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B (cont.)</b>		
HEPSERA ( <i>adefovir dipivoxil</i> )	T4	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T4	SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C</b>		
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T4	QL(2 MLS/28 DAYS) SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
PEGASYS SYRINGE	T2	QL (2ML/21 Days) SP HD
PEGASYS VIAL	T2	QL(4 MLS/28 DAYS) SP HD
PEG-INTRON	T4	QL (4 Kits/21 Days) SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD
<b>VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A</b>		
ZEPATIER	T2	PA QL SP HD
<b>INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)</b>		
PAXLOVID	T2	
<b>INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA</b>		
MOLNUPIRAVIR	T2	
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS</b>		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX ( <i>acyclovir</i> )	T3	PA QL
<b>AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH</b>		
VEREGEN	T3	PA QL(30 grams/treatment)
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA</b>		
AUVI-Q 0.1MG, 0.15MG, 0.3MG AUTO-INJECTOR	T2	
<i>epinephrine</i> (Auvi-Q)	T1	QL
<i>epinephrine</i> (EpiPen Jr 2-Pak)	T1	QL
EPIPEN ( <i>epinephrine</i> )	T2	QL
EPIPEN JR. ( <i>epinephrine</i> )	T2	QL
SYMJEPI	T2	QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

#### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON ( <i>rivastigmine</i> )	T3	ST HD
<i>galantamine</i>	T1	HD
<i>galantamine er</i> (Razadyne ER)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide er</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ( <i>galantamine hbr</i> )	T3	ST
RAZADYNE ER ( <i>galantamine er</i> )	T3	ST HD
<i>rivastigmine</i>	T1	HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS ER	T3	ST
ADZENYS XR-ODT	T3	ST
<i>amphetamine</i> (Evekeo)	T1	
AMPHETAMINE ER 1.25 MG/ML SUSP	T3	ST
DESOXYN ( <i>methamphetamine hcl</i> )	T3	
DEXEDRINE ( <i>dextroamphetamine er</i> )	T3	ST
<i>dextroamphetamine</i>	T1	
<i>dextroamphetamine</i> (Zenzedi)	T1	
<i>dextroamphetamine er</i> (Dexedrine)	T1	
<i>dextroamphetamine-amphet er</i> (Adderall XR)	T1	
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall)	T1	
DYANAVEL XR	T2	ST
EVEKEO ( <i>amphetamine</i> )	T3	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	
MYDAYIS	T2	ST
<i>procentra</i>	T1	
ZENZEDI	T3	
<i>zenzedi</i> (Zenzedi)	T1	

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

#### AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>midodrine hcl</i>	T1	
----------------------	----	--

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

#### AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

DIBENZYLIN (phenoxybenzamine hcl)	T3	PA HD
phenoxybenzamine hcl (Dibenzylin)	T1	PA HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

#### AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

bethanechol chloride	T1	HD
cevimeline hcl (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (cevimeline hcl)	T3	HD
guanidine hcl	T1	HD
pilocarpine hcl (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (pilocarpine hcl)	T3	HD
URECHOLINE (bethanechol chloride)	T3	

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

#### INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	T3	PA SP
TAKHZYRO	T4	PA SP HD

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA

PALYNZIQ	T4	PA QL SP HD
----------	----	-------------

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

#### VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS

IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA

#### VACUNAS CONTRA BACIOS GRAM (-) (NO ENTÉRICOS)

VIVOTIF	T2	
---------	----	--

#### VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS

BEXSERO	T2	PPACA
---------	----	-------

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS (cont.)</b>		
MENACTRA	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)</b>		
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
<b>VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS</b>		
VAXCHORA VACCINE	T2	
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL	T2	PPACA
BOOSTRIX	T2	PPACA
DAPTACEL	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX	T2	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE W/DILUENT	T2	PPACA
PRIORIX VIAL	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)</b>		
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS</b>		
ABRYSSO VIAL WITH DILUENT	T2	PPACA
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGERIX-B	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T2	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA
<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA</b>		
CABLIVI	T2	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS</b>		
AMICAR ( <i>aminocaproic acid</i> )	T4	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA ( <i>tranexamic acid</i> )	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)</b>		
EMPAVELI	T4	PA SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b>		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
<b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA</b>		
PYRUKYND 20 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
PYRUKYND 20-5 MG TAPER PACK	T4	PA QL(14 TABS/365 DAYS) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA (cont.)</b>		
PYRUKYND 5 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	T4	PA QL(7 TABS/365 DAYS) SP
PYRUKYND 50 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
PYRUKYND 50-20 MG TAPER PACK	T4	PA QL(14 TABS/365 DAYS) SP
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
DROXIA	T2	
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
GEL-FLOW	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
<b>SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine er (Ranexa)</i>	T1	HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl (Pacerone)</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T1	HD
<i>dofetilide (Tikosyn)</i>	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIARRÍTMICOS (cont.)</b>		
NORPACE ( <i>disopyramide phosphate</i> )	T3	HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl er</i> (Rythmol SR)	T1	HD
<i>quinidine</i>	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR ( <i>propafenone hcl er</i> )	T3	HD
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T3	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
ADALAT CC ( <i>nifedipine er</i> )	T3	
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	
CALAN SR ( <i>verapamil er</i> )	T3	HD
CAMZYOS	TT43	PA QL SP HD
CARDIZEM ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	HD
CARDIZEM CD ( <i>cartia xt</i> )	T3	HD
CARDIZEM CD ( <i>diltiazem 24hr er (cd)</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA ( <i>diltiazem 24hr er (la)</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA ( <i>matzim la</i> )	T3	HD
<i>cartia xt</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (la)</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>dilt-xr</i>	T1	HD
<i>felodipine er</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
<i>matzim la</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nifedipine er</i>	T1	HD
<i>nifedipine er</i> (Procardia XL)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T1	HD
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA ( <i>nifedipine</i> )	T3	HD
PROCARDIA XL ( <i>nifedipine er</i> )	T3	HD
SULAR ( <i>nisoldipine</i> )	T3	HD
<i>taztia xt</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>tiadylt er</i> (Tiazac)	T1	HD
TIAZAC ( <i>diltiazem 24hr er</i> )	T3	HD
<i>verapamil er</i> (Calan SR)	T1	HD
<i>verapamil er</i> (Verelan)	T1	HD
<i>verapamil er pm</i> (Verelan PM)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN ( <i>verapamil er</i> )	T3	HD
VERELAN ( <i>verapamil hcl</i> )	T3	HD
VERELAN PM ( <i>verapamil er pm</i> )	T3	HD
<b>SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS</b>		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
<i>cardioplegic</i> (Plegisol)	T1	
MICROPLEGIA	T3	
PLEGISOL	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
<i>digitek</i> (Lanoxin)	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN ( <i>digitek</i> )	T3	HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
VERQUVO	T2	QL (MAX 30 Tabs/30 Days)
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
DILATRATE-SR	T2	HD
GONITRO	T3	
ISORDIL ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T3	HD
<i>nitro-bid</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	
NITROMIST ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROSTAT ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
<i>nitro-time</i>	T1	HD

### CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

#### ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T4	PA QL SP HD
---------	----	-------------

#### ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP

REVATIO ( <i>sildenafil</i> )	T4	PA QL SP HD
<i>sildenafil</i> (Revatio)	T1	PA QL SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA QL SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<i>ambisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA
OPSUMIT	T4	PA QL SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	T4	PA ST QL SP HD
TRACLEER 62.5 MG, 125 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T4	PA QL SP HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
ORENITRAM ER	T4	PA QL SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T4	PA SP QL (168 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T4	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T4	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T4	PA SP HD
UPTRAVI	T4	PA QL SP HD
UPTRAVI TITRATION PACK	T4	PA QL SP HD
VENTAVIS	T4	PA SP HD
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril</i> (Lotrel)	T1	HD
PRESTALIA	T3	HD
TARKA ( <i>trandolapril-verapamil er</i> )	T3	HD
<i>trandolapril-verapamil</i>	T1	HD
<i>trandolapril-verapamil</i> (Tarka)	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
ACCURETIC ( <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD
<i>benazepril hcl-hctz</i> (Lotensin HCT)	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate/hctz</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)</b>		
<i>lisinopril-hctz</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT ( <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC ( <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD
ZESTORETIC ( <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
CARDURA ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	QL HD
CARDURA XL	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	QL HD
MINIPRESS ( <i>prazosin hcl</i> )	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	QL (30 caps/30 days ) HD
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T2	QL HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (Benicar HCT)	T1	HD
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> (Micardis HCT)	T1	HD
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (Diovan HCT)	T1	HD
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine-olmesartan</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine</i> (Twynsta)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ( <i>quinapril hcl</i> )	T3	HD
ALTACE ( <i>ramipril</i> )	T3	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Prinivil)	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN ( <i>benazepril hcl</i> )	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)</b>		
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	HD
<i>quinapril</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T3	HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T3	
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSER	T3	PA HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
CATAPRES ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS ( <i>clonidine</i> )	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 1)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 2)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 3)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES</b>		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE ( <i>sorine</i> )	T3	HD
BETAPACE AF ( <i>sorine</i> )	T3	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
CORGARD ( <i>nadolol</i> )	T3	HD
HEMANGEOL	T3	HD
LOPRESSOR ( <i>metoprolol tartrate</i> )	T3	HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl er</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sorine</i>	T1	HD
<i>sorine</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol</i>	T1	HD
<i>sotalol</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol af</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN ( <i>atenolol</i> )	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate/hctz</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (Lopressor HCT)	T1	HD
<i>propranolol hcl-hctz</i>	T1	HD
TENORETIC ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	T3	HD
ZIAC ( <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTURN HCT	T2	HD
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
BIDIL	T3	
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin</i> (Vytorin)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin</i> (Caduet)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
CADUET ( <i>amlodipine-atorvastatin</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3</b>		
EVKEEZA	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T4	SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA	T2	
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<i>atorvastatin</i> (Lipitor)	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
FLOLIPID	T3	ST QL HD
<i>fluvastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>fluvastatin</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>fluvastatin er</i> (Lescol XL)	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
LESCOL XL ( <i>fluvastatin er</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
LIVALO	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>lovastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pravastatin</i> (Pravachol)	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>rosuvastatin</i> (Crestor)	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>simvastatin</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>simvastatin</i> (Zocor)	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
ZYPITAMAG	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<i>cholestyramine</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine light</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID ( <i>colestipol hcl</i> )	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
<i>prevalite</i>	T1	HD
<i>prevalite</i> (Questran Light)	T1	HD
QUESTRAN ( <i>cholestyramine</i> )	T3	HD
QUESTRAN LIGHT ( <i>cholestyramine light</i> )	T3	HD
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
ANTARA	T3	ST HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Trilipix)	T1	HD
FENOGLIDE ( <i>fenofibrate</i> )	T3	ST HD
FIBRICOR ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T2	HD
LOPID ( <i>gemfibrozil</i> )	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin er</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T3	HD
NIASPAN ( <i>niacin er</i> )	T3	HD
TRIGLIDE	T3	ST
TRILIPIX ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)</b>		
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA</b>		
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	
<i>memantine hcl er</i> (Namenda XR)	T1	HD
NAMENDA	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)</b>		
NAMENDA ( <i>memantine hcl</i> )	T3	ST HD
NAMENDA XR	T3	HD
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA</b>		
NAMZARIC	T2	ST HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

#### AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN 50 MG FILM	T4	
RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK ( <i>riluzole</i> )	T4	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP

#### MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (210 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (90 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WK1-4)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA CAPSULES	T4	PA QL SP
INGREZZA INITIATION PACK	T4	PA QL SP
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T1	PA QL SP HD

#### XANTINAS

<i>caffeine d</i>	T1	HD
-------------------	----	----

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

#### AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO	T4	PA QL SP HD
AVONEX	T4	PA QL SP HD
AVONEX PEN	T4	PA QL SP HD
BAFIERTAM	T4	PA QL SP HD
BETASERON	T4	PA QL SP HD
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE ( <i>glatiramer</i> )	T4	PA QL (30 SYR/30 Days) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE ( <i>glatiramer</i> )	T4	PA QL (12 SYR/30 Days) SP HD
<i> fingolimod</i>	T1	PA ST QL (30 caps/30 days) SP HD
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	QL (30 SYR/23 Days) SP HD
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	QL (12ML/23 Days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b>		
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (30 SYR/23 Days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (12ML/23 Days) SP HD
KESIMPTA PEN	T4	PA QL (1 Pen/28 Days)SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PACK	T4	PA QL (10 Tabs/Fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PACK	T4	PA QL (4 Tabs/Fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PACK	T4	PA QL (5 Tabs/Fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PACK	T4	PA QL (6 Tabs/Fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PACK	T4	PA QL (7 Tabs/Fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PACK	T4	PA QL (8 Tabs/Fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PACK	T4	PA QL (9 Tabs/Fill) SP HD
MAYZENT	T4	PA QL SP HD
PLEGRIDY PEN/SYRINGE	T4	PA QL SP HD
PLEGRIDY STARTER PACK	T4	PA QL SP HD
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T4	PA QL(14 TABS/365 DAYS) SP HD
PONVORY 20 MG TABLET	T4	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
REBIF REBIDOSE SYRINGES	T4	PA QL SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T4	PA QL SP HD
REBIF SYRINGES	T4	PA QL SP HD
REBIF TITRATION PACK	T4	PA QL SP HD
VUMERITY STARTER PACK	T4	PA QL SP HD
VUMERITY	T4	PA QL SP HD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T4	SP PA QL (1 kit/30 days)
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T4	PA QL(7 CAPS/FILL) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T4	PA QL(37 CAPS/FILL) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.</b>		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	T3	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
<i>dalfampridine er</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP
RUZURGI	T2	PA SP
<b>MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)</b>		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)

EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 Syr/23 Days)
------------------	----	-----------------------

#### AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

GRALISE	T3	ST
---------	----	----

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	PA HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT ( <i>diazepam</i> )	T3	HD
DIASTAT ACUDIAL ( <i>diazepam</i> )	T3	HD
<i>diazepam</i> (Diastat)	T1	HD
KLONOPIN ( <i>clonazepam</i> )	T3	HD
NAYZILAM	T2	PA QL HD
ONFI ( <i>clobazam</i> )	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL HD

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
-----------	----	----------

#### ANTICONVULSIVOS

APTIOM	T3	HD
BANZEL	T3	PA HD
BRIVIACT	T3	ST HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine er</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine er</i> (Tegretol XR)	T1	HD
CARBATROL ( <i>carbamazepine er</i> )	T3	HD
CELONTIN	T2	HD
DEPAKOTE ( <i>divalproex</i> )	T3	ST HD
DEPAKOTE ER ( <i>divalproex er</i> )	T3	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE ( <i>divalproex</i> )	T3	ST HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN ( <i>phenytoin</i> )	T3	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	HD
<i>divalproex er</i> (Depakote ER)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<i>epitol</i> (Tegretol)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	ST HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL ( <i>felbamate</i> )	T3	HD
FYCOMPA	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	HD
LAMICTAL XR	T3	ST HD
<i>lamotrigine (blue)</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine (green)</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal XR)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine (orange)</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine odt</i> (Lamictal ODT)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra XR)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE ( <i>primidone</i> )	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	ST HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK ( <i>phenytoin extended</i> )	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR	T2	ST HD
<i>roweepa</i> (Keppra)	T1	HD
SABRIL ( <i>vigabatrin</i> )	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	ST HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
subvenite (Lamictal (Green))	T1	HD
subvenite (Lamictal (Orange))	T1	HD
subvenite (Lamictal)	T1	HD
TEGRETOL (carbamazepine)	T3	HD
TEGRETOL XR (carbamazepine er)	T3	HD
tiagabine hcl (Gabitril)	T1	HD
topiramate (Topamax)	T1	HD
topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule (Trokendi XR)	T1	ST
TROKENDI XR	T3	ST HD
valproic acid	T1	HD
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
vigadrone (Sabril)	T1	PA SP HD
VIMPAT	T2	HD
ZARONTIN (ethosuximide)	T3	HD
zonisamide	T1	HD
zonisamide (Zonegran)	T1	HD
ZTALMY	T4	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3</b>		
WAKIX	T4	PA QL SP HD
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES</b>		
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP
<b>ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)</b>		
FULPHILA	T4	PA QL(1.2 MLS/30 DAYS) SP
LEUKINE	T2	SP
NIVESTYM	T2	PA SP
ZARXIO	T2	PA SP HD
ZIEXTENZO	T4	PA QL(1.2 MLS/30 DAYS) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA</b>		
DOPTELET	T4	PA QL(15 TABS/FILL) SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b>		
ANNOVERA VAGINAL RING	T3	QL (1 ring)
<i>eluryng</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING ( <i>eluryng</i> )	T3	
<b>ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES</b>		
NEXPLANON	T2	SP
<b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA ( <i>medroxyprogesterone</i> )	T3	QL (1 ML/68 Days)
DEPO-SUBQ PROVERA	T3	QL (1 ML/68 Days)
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera)	T1	QL (1 ML/68 Days) PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES</b>		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>		
<i>afirmelle</i>	T1	HD PPACA
AFTERA ( <i>aftera</i> )	T3	QL HD PPACA
<i>altavera</i>	T1	HD PPACA
<i>alyacen</i>	T1	HD PPACA
<i>amethia</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethia lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethyst</i>	T1	HD PPACA
<i>apri</i>	T1	HD PPACA
<i>aranelle</i>	T1	HD PPACA
<i>ashlyna</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>aubra</i>	T1	HD PPACA
<i>aubra eq</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>aurovela 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>aviane</i>	T1	HD PPACA
<i>ayuna</i>	T1	HD PPACA
<i>azurette</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>balziva</i>	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>bekyree</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
BEYAZ ( <i>drospirenone-eth estra-levomef</i> )	T3	HD
<i>blisovi 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>blisovi fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>briellyn</i>	T1	HD PPACA
<i>camila</i>	T1	HD PPACA
<i>camrese</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>camrese lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>caziant</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal eq</i>	T1	HD PPACA
<i>cryselle</i>	T1	HD PPACA
<i>cyclafem</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred eq</i>	T1	HD PPACA
<i>dasetta</i>	T1	HD PPACA
<i>daysee</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>deblitane</i>	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>econtra ez</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>econtra one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>elinest</i>	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL HD PPACA
<i>emoquette</i>	T1	HD PPACA
<i>enpresse</i>	T1	HD PPACA
<i>enskyce</i>	T1	HD PPACA
<i>errin</i>	T1	HD PPACA
<i>estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>falmina</i>	T1	HD PPACA
<i>fayosim</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>gianvi</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>hailey</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>hailey 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>heather</i>	T1	HD PPACA
<i>incassia</i>	T1	HD PPACA
<i>introvale</i>	T1	HD PPACA
<i>isibloom</i>	T1	HD PPACA
<i>jasmiel</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>jencycla</i>	T1	
<i>jolessa</i>	T1	HD PPACA
<i>juleber</i>	T1	HD PPACA
<i>junel</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>junel fe</i>	T1	HD PPACA
<i>junel fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>kaitlib fe</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>kalliga</i>	T1	HD PPACA
<i>kariva</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-35</i>	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-50</i>	T1	HD PPACA
<i>larin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i>	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>larissia</i>	T1	HD PPACA
<i>layolis fe</i> (Generess Fe)	T1	HD
<i>leena</i>	T1	HD PPACA
<i>lessina</i>	T1	HD PPACA
<i>levonest</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>levora</i>	T1	HD PPACA
<i>lillow</i>	T1	HD PPACA
<i>loryna</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>low-ogestrel</i>	T1	HD PPACA
<i>lo-zumandimine</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>lutera</i>	T1	HD PPACA
<i>lyza</i>	T1	HD PPACA
<i>marlissa</i>	T1	HD PPACA
<i>melodetta 24 fe</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>microgestin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>microgestin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>mili</i>	T1	HD PPACA
<i>mono-linyah</i>	T1	HD PPACA
<i>my choice</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>my way</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>necon</i>	T1	HD PPACA
<i>new day</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>nikki</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>nora-be</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>norgestrel-ethiny estra</i>	T1	
<i>norlyda</i>	T1	HD PPACA
<i>nortrel</i>	T1	HD PPACA
<i>ocella</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ogestrel</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>opcicon one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>option 2</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>orsythia</i>	T1	HD PPACA
ORTHO-NOVUM ( <i>alyacen</i> )	T3	
<i>philith</i>	T1	HD PPACA
<i>pimtreea</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>pirmella</i>	T1	HD PPACA
PLAN B ONE-STEP ( <i>aftera</i> )	T2	QL HD PPACA
<i>portia</i>	T1	HD PPACA
<i>previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>reclipsen</i>	T1	HD PPACA
<i>rivelsa</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>setlakin</i>	T1	HD PPACA
<i>sharobel</i>	T1	HD PPACA
<i>simliya</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>simpesse</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>sronyx</i>	T1	HD PPACA
<i>syeda</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
TAKE ACTION ( <i>aftera</i> )	T3	QL HD PPACA
<i>tarina fe</i>	T1	HD PPACA
<i>tarina fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>tilia fe</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-legest fe</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri-linyah</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-marzia</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-sprintec</i>	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>trivora</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>tulana</i>	T1	HD PPACA
<i>tydemy (Safyral)</i>	T1	HD PPACA
<i>velivet</i>	T1	HD PPACA
<i>vienva</i>	T1	HD PPACA
<i>violele (Mircette)</i>	T1	HD PPACA
<i>vyfemla</i>	T1	HD PPACA
<i>vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>wera</i>	T1	HD PPACA
<i>wymzya fe</i>	T1	HD PPACA
YAZ ( <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> )	T3	HD
<i>zarah (Yasmin 28)</i>	T1	HD PPACA
<i>zovia</i>	T1	HD PPACA
<i>zumandimine (Yasmin 28)</i>	T1	HD PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
<b>DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES</b>		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T4	SP
LILETTA	T4	SP
MIRENA	T4	SP
PARAGARD T 380-A	T3	SP
SKYLA	T4	SP
<b>ANTICONCEPTIVOS (Varios)</b>		
<b>PRESERVATIVOS</b>		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)</b>		
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate (Tessalon Perle)</i>	T1	
TESSALON PERLE ( <i>benzonatate</i> )	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
BROMFED-DM ( <i>bromfed dm</i> )	T3	
<i>bromipheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
M-END PE	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i>	T1	
<i>promethazine w/codeine</i>	T1	
TUSSICAPS	T3	PA
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
Z-TUSS AC	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN AC	T3	
<i>g.tussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin with codeine</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guiatussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)</b>		
MAR-COF CG	T3	
<i>m-clear wc</i>	T1	
NINJACOF-XG	T3	
<i>virtussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<b>DIAGNÓSTICO (Diabetes)</b>		
<b>DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE</b>		
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH ULTRA TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
PRECISION XTRA	T2	
<b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA</b>		
DIASTIX REAGENT	T2	
<b>DIAGNÓSTICO (Varios)</b>		
<b>PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE</b>		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS</b>		
OMNIPAQUE	T3	
<b>PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS</b>		
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	T2	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO</b>		
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2	T2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG CARD	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	T2	
COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP	T2	
CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST	T2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (cont.)</b>		
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST	T2	
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST	T2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	T2	
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	T2	
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	T2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	T2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	T2	
VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	T2	
<b>AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR</b>		
<i>bio glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>ful-glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>glostrips</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA</b>		
MACRILEN	T4	QL(2 PACKS/365 DAYS) SP HD
<b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>		
JYNARQUE	T4	PA QL SP
SAMSCA 15 MG TABLET	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP
SAMSCA 30 MG TABLET	T3	PA QL SP
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN ( <i>ethacrynic acid</i> )	T3	HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
FUROSEMIDE	T3	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX ( <i>furosemide</i> )	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<i>torseamide</i>	T1	
<b>DIURÉTICOS OSMÓTICOS</b>		
RESECTISOL	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP</b>		
JYNARQUE 15mg tablets	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 30mg tablets	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 15-15mg tablets (7-day blister packs)	T3	PA QL (56 tabs/28 days) SP
JYNARQUE 30-15mg tablets (7-day blister packs)	T3	PA QL (56 tabs/28 days) SP
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
ALDACTONE (spironolactone)	T3	HD
amiloride hcl	T1	HD
CAROSPIR	T3	PA HD
DYRENIUM (triamterene)	T3	HD
eplerenone (Inspra)	T1	HD
INSPIRA (eplerenone)	T3	HD
spironolactone (Aldactone)	T1	HD
triamterene (Dyrenium)	T1	HD
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (spironolactone-hctz)	T3	HD
amiloride hcl w/hctz	T1	HD
DYAZIDE (triamterene-hydrochlorothiazid)	T3	HD
MAXZIDE (triamterene-hydrochlorothiazid)	T3	HD
JYNARQUE 45-15mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 60-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 90-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
spironolactone w/hctz (Aldactazide)	T1	HD
triamterene w/hctz (Dyazide)	T1	HD
triamterene w/hctz (Maxzide)	T1	HD
triamterene w/hctz (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
chlorthalidone	T1	HD
DIURIL	T3	HD
hydrochlorothiazide	T1	HD
indapamide	T1	HD
metolazone	T1	HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIISTAMÍNICOS NAALES</b>		
<i>azelastine hcl</i>	T1	QL HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL HD
PATANASE ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	QL HD
<b>COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
DYMISTA ( <i>azelastine-fluticasone</i> )	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (15.8 PS)	T3	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (9.9 PS)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (5.9, 9.9)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (9.1, 15.8)	T2	
flunisolide	T1	QL HD
fluticasone propionate	T1	QL HD
mometasone (Nasonex)	T1	QL HD
NASACORT ALLERGY RELIEF 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY RELIEF 24 hour SPRAY (16.9 PS)	T2	
NASONEX	T3	ST SP
RHINOCORT ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY	T2	
RHINOCORT AQUA NASAL SPRAY	T2	
SINUVA	T4	SP HD
XHANCE	T3	ST QL HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>flac otic oil</i> )	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	T1	
CORTANE-B ( <i>hc pramoxine</i> )	T3	

### PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)

#### AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL

PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	

#### LÁGRIMAS ARTIFICIALES

KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA

#### ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)

BETADINE	T3	
----------	----	--

#### AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS

DEXTENZA	T3	
DEXYCU	T3	
DUREZOL	T3	ST
EYSUVIS	T3	PA QL (MAX 8.3ml/14 Days)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML ( <i>fluorometholone</i> )	T3	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T4	SP
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac</i> (Acular LS)	T1	
<i>ketorolac</i> (Acular)	T1	
KLARITY-B (BETAMETHASONE-CHOND)	T3	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX DROPS ( <i>loteprednol etabonate</i> )	T3	
LOTEMAX GEL, OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
OZURDEX	T4	SP
PRED FORTE ( <i>prednisolone</i> )	T3	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T3	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
PROLENSA	T3	
RETISERT	T4	SP
TRIESENCE	T3	
RETISERT	T4	SP HD
YUTIQ	T4	SP
<b>IRRIGACIÓN OCULAR</b>		
<i>balanced salt</i> (BSS)	T1	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-XE)	T1	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC ( <i>timolol maleate</i> )	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE ( <i>timolol maleate</i> )	T3	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT ( <i>dorzolamide hcl</i> )	T3	ST HD
VYZULTA	T3	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
OMIDRIA	T3	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T3	
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	T3	ST HD
ALPHAGAN P 0.15% DROPS ( <i>brimonidine tartrate</i> )	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	HD
DORZOLAMIDE HCL	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	T3	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt PF)	T1	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
LATANOPROST	T3	HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
MIOCHOL-E	T3	HD
<i>miostat</i> (Miostat)	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine</i>	T1	HD
<i>atropine</i> (Isopto Atropine)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIDRIÁTICOS (cont.)</b>		
CYCLOGYL ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	T3	HD
<i>homatropaire</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (atropine)	T3	HD
MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
<b>ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.</b>		
EYLEA	T4	PA SP
MACUGEN	T3	PA
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
BEOVU	T4	PA SP
BEVACIZUMAB	T4	SP
LUCENTIS	T4	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOSOL	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T3	PA HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTARAN	T4	PA SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIPO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T4	PA SP HD
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
AMVISC	T4	SP
AMVISC PLUS	T4	SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS (cont.)</b>		
<i>biolan</i>	T1	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HYALURONIDASE	T3	
PROVISC	T4	SP
VISCOAT	T3	
<b>AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS</b>		
JETREA	T2	
<b>ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA</b>		
CELLUGEL	T3	
MEMBRANEBLUE	T3	
<i>ocucoat</i> (Cellugel)	T1	
VISIONBLUE	T3	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES</b>		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	T3	
<i>denta 5000 plus</i>	T1	
<i>dentagel</i>	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sf</i>	T1	
<i>sf 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride enamel protect</i>	T1	
<i>sodium fluoride sensitive</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>		
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	PA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)</b>		
BAQSIMI	T2	QL
<i>dex4 glucose</i>	T1	
GLUCAGEN	T2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	T2	QL
<i>gluco burst</i>	T1	
GLUCO SHOT	T3	
<i>glucose</i>	T1	
GLUCOSE	T3	
<i>glucose bits</i>	T1	
<i>glucose gel</i>	T1	
<i>glucose</i>	T1	
GLUTOSE ( <i>gluco burst</i> )	T2	
GVOKE	T2	
GVOKE SYRINGE	T2	QL
PROGLYCEM ( <i>diazoxide</i> )	T3	
<i>relion</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS ( <i>dex4 glucose</i> )	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
<b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b>		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
<i>acetate</i>	T1	
AURYXIA	T3	
CALCIUM 667mg	T3	QL (360 Tabs/30 Days)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)</b>		
<i>kionex</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	QL (90 Tabs/30 Days)
LOKELMA	T2	QL (30 Units/30 days)
PHOSLYRA	T2	QL (1800ml/30 Days)
<i>polystyrene sulfonate</i>	T1	
REVELA ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T3	QL (270 Tabs/30 Days)
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	QL (270 Tabs/30 Days)
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	QL (90 Tabs/30 Days)
<i>sps</i>	T1	
VELPHORO	T2	QL (120 Tabs/20 Days)
VELTASSA	T2	ST QL (30 Packets/30 Days)
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
<i>chloride</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>chloride</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>chloride</i> (K-Tab ER)	T1	
<i>effer-k</i>	T1	
<i>klor-con</i>	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>klor-con m</i>	T1	
<i>klor-con m</i> (Klor-Con M15)	T1	
<i>klor-con-ef</i>	T1	
K-TAB	T3	
<i>k-tab</i> (Klor-Con 8)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
<i>er</i> (Urocit-K)	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCI-K ( <i>potassium er</i> )	T3	HD
<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
LOVAZA ( <i>omega-3 acid ethyl esters</i> )	T3	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	PA HD
VASCEPA	T2	PA HD
<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
BUPHENYL ( <i>phenylbutyrate</i> )	T4	PA SP HD
<i>enulose</i>	T1	HD
<i>generlac</i>	T1	HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T4	SP PA HD
<i>phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
RAVICTI	T4	SP HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<i>clidinium w/chlordiazepoxide</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>		
XERMELO	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<i>diphenoxylate w/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL ( <i>diphenoxylate-atropine</i> )	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium</i>	T1	
<b>ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
SYNDROS	T3	PA
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
<i>aprepitant</i>	T1	QL
<i>aprepitant</i> (Emend)	T1	QL
BONJESTA	T3	QL (60 Tabs/Dispense)
<i>compro</i>	T1	
DICLEGIS ( <i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> )	T3	QL (720 Tabs/365 Days)
<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> (Diclegis)	T1	QL (720 Tabs/365 Days)
EMEND ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	QL
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	QL
<i>ondansetron odt</i>	T1	QL
<i>phenadoz</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethegan</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T1	
TIGAN ( <i>trimethobenzamide hcl</i> )	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T2	QL
ZOFRAN ( <i>ondansetron hcl</i> )	T3	QL
ZUPLENZ	T3	QL
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CARAFATE ( <i>sucralfate</i> )	T3	HD
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS (cont.)</b>		
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
VOQUEZNA DUAL, TRIPLE PAK	T3	
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL ( <i>phenohygro</i> )	T3	HD
<i>ed-spaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>hyosyne</i>	T1	HD
LEVVID ( <i>hyoscyamine er</i> )	T3	HD
LEVSIN ( <i>hyoscyamine</i> )	T3	HD
LEVSIN-SL ( <i>hyoscyamine</i> )	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV ( <i>ed-spaz</i> )	T3	HD
<i>oscimin</i> (Levsin)	T1	HD
<i>oscimin sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>oscimin sr</i> (Levbid)	T1	HD
<i>phenohygro</i> (Donnatal)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<i>symax-sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>symax-sr</i> (Levbid)	T1	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
ACTIGALL ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
CHENODAL	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>SALES BILIARES (cont.)</b>		
CHOLBAM	T4	PA QL SP HD
URSO ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
URSO FORTE ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
<i>mesalamine</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Rowasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Sfrowasa)	T1	
ROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
APRISO ( <i>mesalamine er</i> )	T3	HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine dr</i> )	T3	HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine</i> )	T3	HD
<i>balsalazide di</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL ( <i>balsalazide di</i> )	T3	HD
<i>mesalamine</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Lialda)	T1	HD
<i>mesalamine dr</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine er</i> (Apriso)	T1	HD
PENTASA	T2	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OCALIVA	T4	PA QL (30 Units/fill) SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
VOWST CAPSULE	T4	SP
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T4	PA SP
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID ( <i>famotidine</i> )	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
VIBERZI	T2	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
LINZESS	T2	QL (30 Units/30 days)
TRULANCE	T2	
<b>INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)</b>		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLETT	T4	PA QL(120 PELLETS/FILL) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T4	PA QL(150 CAPS/FILL) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLETT	T4	PA QL(30 PELLETS/FILL) SP HD
LIVMARLI	T4	PA SP
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>		
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl odt</i>	T1	
MOTEGRITY	T3	QL (30 Units/30 days)
REGLAN ( <i>metoclopramide hcl</i> )	T3	
<b>AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4</b>		
ZELNORM	T3	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3</b>		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T1	SP HD
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
<i>alophen pills (Dulcolax)</i>	T1	PPACA
<i>bisacodyl (Dulcolax)</i>	T1	PPACA
<i>bisa-lax (Dulcolax)</i>	T1	PPACA
<i>citroma (Citroma)</i>	T1	
<i>clearlax (Miralax)</i>	T1	PPACA
<i>clearlax (Miralax)</i>	T1	
<i>constulose</i>	T1	
<i>ducodyl (Dulcolax)</i>	T1	
<i>gavilax (Miralax)</i>	T1	PPACA
<i>gavilyte-g (Golytely)</i>	T1	PPACA
<i>gavilyte-n (Nulytely)</i>	T1	PPACA
<i>gentle laxative (Correctol)</i>	T1	PPACA
<i>gentle laxative (Dulcolax)</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)</b>		
<i>gentlelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>glycolax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>healthylax</i> (Miralax)	T1	PPACA
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i> (Kristalose)	T1	
<i>laxaclear</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>laxative peg 3350</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
<i>magnesium</i> (Citroma)	T1	
<i>milk of magnesia</i>	T1	
<i>miralax</i>	T1	PPACA
<i>natura-lax</i> (Miralax)	T1	PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS ( <i>gavilyte-n</i> )	T3	PPACA
<i>of magnesia</i> (Citroma)	T1	
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>powderlax</i> (Miralax)	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>smoothlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
RECTIV	T2	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
ENTEREG	T3	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium (Nexium 24HR)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>esomeprazole magnesium (Nexium)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>omeprazole</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole- bicarbonate (Zegerid)</i>	T1	PA HD
<i>pantoprazole (Protonix)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>rabeprazole (Aciphex)</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<i>anucort-hc (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hemmorex-hc (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T1	
PROCTOCORT ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	ST
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
GATTEX	T4	PA SP HD
<b>GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>		
ANA-LEX	T3	
ANALPRAM-HC ( <i>hydrocortisone-pramoxine</i> )	T3	ST
<i>hc pramoxine (Analpram HC)</i>	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
<i>pramoxine hcl w/hydrocortisone (Analpram Hc)</i>	T1	
PROCORT	T3	
<b>HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>		
<i>colocort (Cortenema)</i>	T1	
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T1	
UCERIS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
ANADROL-50	T3	
ANDRODERM	T2	PA QL (30 Units/30 days)
DEPO-TESTOSTERONE ( <i>testosterone cypionate</i> )	T3	PA
FORTESTA ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
NATESTO	T2	PA QL
<i>oxandrolone</i>	T1	
STRIANT	T3	PA QL
<i>testosterone</i>	T1	PA QL
TESTOSTERONE	T3	PA QL
<i>testosterone</i> (Androgel)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Fortesta)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Testim)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Vogelxo)	T1	PA QL
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone)	T1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL
XYOSTED	T3	PA QL (4 Autoinjectors/30 Days)
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP SOLUTION	T2	
DDAVP TABLET, NASAL SPRAY ( <i>desmopressin</i> )	T3	
<i>desmopressin acetate</i> (DDAVP)	T1	
NOCURNA	T3	PA QL (30 Units/30 days)
STIMATE	T2	
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>covaryx</i>	T1	HD
<i>covaryx h.s.</i>	T1	HD
<i>eemt</i>	T1	HD
<i>eemt hs</i>	T1	HD
<i>estrogen &amp; methyltestosterone</i>	T1	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA ( <i>amabelz</i> )	T3	HD
ALORA	T3	QL (8 Patches/21 Days) HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>amabelz</i> (Activella)	T1	HD
CLIMARA ( <i>estradiol (once weekly)</i> )	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
COMBIPATCH	T2	HD
DELESTROGEN ( <i>estradiol valerate</i> )	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
<i>dotti</i> (Alora)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>dotti</i> (Minivelle)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
ESTRACE ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i> (Alora)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Minivelle)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol-norethindrone acetat</i> (Activella)	T1	HD
FEMHRT ( <i>fyavolv</i> )	T3	HD
<i>fyavolv</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>jinteli</i>	T1	HD
<i>lopreeza</i> (Activella)	T1	
MENOSTAR	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>mimvey</i> (Activella)	T1	HD
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
PREFEST	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T2	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>budesonide ec</i> (Entocort EC)	T1	
<i>budesonide er</i> (Uceris)	T1	
CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>decadron</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
DEXONTO	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
DEXPAK ( <i>dexamethasone</i> )	T3	PA
DXEVO	T3	PA
ENTOCORT EC ( <i>budesonide ec</i> )	T3	
<i>hidex</i>	T1	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
MEDROL ( <i>methylpred dp</i> )	T3	
MEDROL ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
<i>methylpred dp</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>millipred</i>	T1	
ORAPRED ODT ( <i>prednisolone phos odt</i> )	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone phos odt</i> (Orapred ODT)	T1	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone phosphate</i> (Pediapred)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO	T4	PA QL SP
UCERIS ( <i>budesonide er</i> )	T3	
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA	T4	PA SP HD
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
OMNITROPE	T4	PA SP
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T4	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
LUPANETA PACK	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
SYNAREL	T4	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	
CETROTIDE	T4	SP
<i>fyremadel</i> (generic to GANIRELIX)	T1	ST SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML ( <i>ganirelix acetate</i> )	T4	PA SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL)
ORLISSA 200 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL)
<b>SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL</b>		
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T4	PA SP HD
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	PA QL
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
<b>HORMONAS PARATIROIDEAS</b>		
NATPARA	T4	PA SP HD
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 Tabs/21 Days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
AYGESTIN ( <i>norethindrone</i> )	T3	HD
CRINONE 8% GEL	T2	
DEPO-PROVERA	T2	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM ( <i>progesterone</i> )	T3	HD
PROVERA ( <i>medroxyprogesterone</i> )	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>		
MYCAPSSA	T4	PA QL (56 caps/28 days) SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	SP HD
SANDOSTATIN ( <i>octreotide</i> )	T3	PA ST SP HD
SIGNIFOR	T4	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
<b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	HD
<i>yuvafem</i> (Vagifem)	T1	HD
<b>HORMONAS (Infertilidad)</b>		
<b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>		
MENOPUR	T4	SP
<b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>		
FOLLISTIM AQ	T4	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL	T4	QL ST SP
NOVAREL 10,000 UNIT VIAL	T4	QL(3 VIALS/FILL) SP
NOVAREL 5,000 UNIT VIAL	T4	QL(6 VLS/FILL) SP
OVIDREL	T4	SP
PREGNYL	T4	ST QL(3 VIALS/FILL) SP
<b>HORMONAS (Varias)</b>		
<b>ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA</b>		
MYALEPT	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T4	PA QL(1 PEN/FILL) SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES

SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL SP HD
-----------------	----	-------------

#### ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES

DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	T4	PA QL SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL SP HD
DUPIXENT 300 MG2 ML SYRINGE	T4	PA QL SP HD

#### INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)

ACTEMRA	T4	PA QL(3.6 MLS/28 DAYS) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL(2 PENS/28 DAYS) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD

#### ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23

STELARA	T4	PA QL SP HD
---------	----	-------------

### INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

#### AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	QL (100 GM/23 Days)
PROTOPIC ( <i>tacrolimus</i> )	T3	ST QL (120 grams/30 days)
<i>tacrolimus</i> (Protopic)	T1	QL (100GM/23 Days)

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

#### INMUNOSUPRESORES

ASTAGRAF XL	T4	PA SP HD
AZASAN	T4	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T4	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Neoral)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>engraf</i> (Neoral)	T1	SP HD
IMURAN ( <i>azathioprine</i> )	T4	SP HD
LUPKYNIS	T4	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolic acid</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC ( <i>mycophenolic acid</i> )	T4	SP HD
NEORAL ( <i>cyclosporine modified</i> )	T4	SP HD
PROGRAF CAPSULES ( <i>tacrolimus</i> )	T4	SP HD
PROGRAF GRANULE PACKETS	T4	SP HD
RAPAMUNE ( <i>sirolimus</i> )	T4	SP HD
SANDIMMUNE CAPSULES ( <i>cyclosporine</i> )	T4	SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
SANDIMMUNE SOLUTION	T4	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS ( <i>everolimus</i> )	T4	SP HD

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

#### SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

ACCU-CHEK	T2	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT PATCH, INSERTER	T2	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT	T3	
DEXCOM G6	T2	QL (3 Kits/23 Days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 sensors/30 days)
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK	T3	
EASY TOUCH	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK	T3	
EASYMAX	T3	
EASYMAX N	T3	
EMBRACE	T3	
EMBRACE EVO	T3	
EMBRACE PRO	T3	
EVENCARE G2	T3	
EVENCARE G3	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	PA QL
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	PA QL
FORA	T3	
FORACARE	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE	T2	
FREESTYLE LIBRE 2, 3	T2	PA QL(2 sensors/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 Kits/21 Days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GENTLE DRAW	T2	
GLUCOCARD	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4-TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
LITE TOUCH	T2	
MEDISENSE	T2	
MICROLET	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T2	
OMNIPOD	T2	
OMNIPOD DASH	T2	QL (15 pods/30 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL (10 pods/30 days)
ONE TOUCH DELICA	T2	
ONE TOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
T:FLEX	T2	
T:SLIM	T2	
TRUE METRIX	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
TRUECONTROL	T3	
ULTI-LANCE	T2	
UNISTIK 2	T2	
UNISTIK 3	T2	
VGO 20	T2	
VGO 30	T2	
VGO 40	T2	

### AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

BD NEEDLES	T2	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
<i>exel huber needle (V-Go 20)</i>	T1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
FLOW-EZE	T2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T3	
HURRICAIN LUER-LOCK	T2	
LITE TOUCH	T3	
MINI TRANSFER PIN	T2	
NOVOFINE	T2	
NOVOTWIST	T2	

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

#### AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS

ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER	T2	
AEROCHAMBER PLUS	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MASK	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
RITEFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
VORTEX	T2	

### RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen</i>	T1	
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T1	ST
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol-aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
CYCLOBENZAPRINE ER	T1	ST
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
DANTRIUM ( <i>dantrolene</i> )	T3	
<i>dantrolene (Dantrium)</i>	T1	
FEXMID ( <i>cyclobenzaprine hcl</i> )	T3	PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
LORZONE ( <i>chlorzoxazone</i> )	T3	PA
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
NORGESIC FORTE	T3	
<i>orphenadrine</i>	T1	
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
<i>orphengestic forte</i> (Norgesic Forte)	T1	
ROBAXIN ( <i>methocarbamol</i> )	T3	
SKELAXIN ( <i>metaxalone</i> )	T3	
SOMA ( <i>carisoprodol</i> )	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX ( <i>tizanidine hcl</i> )	T3	
<b>VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES</b>		
<i>daily prenatal</i>	T1	PPACA
<i>perry prenatal tablet</i> (Perry Prenatal)	T1	PPACA
<i>prenatal</i>	T1	PPACA
<i>prenatal complete</i>	T1	PPACA
<i>prenatal formula</i>	T1	PPACA
<i>prenatal multi + dha</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vitamin</i>	T1	PPACA
<i>prenavite</i> (Classic Prenatal)	T1	PPACA
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup></b>		
<b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON ( <i>mirtazapine</i> )	T3	HD
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
<i>alprazolam er</i> (Xanax XR)	T1	
<i>alprazolam intensol</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>alprazolam odt</i>	T1	
<i>alprazolam xr</i> (Xanax XR)	T1	
ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate di</i> (Tranxene T-Tab)	T1	
<i>diazepam</i> (Valium)	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
<i>lorazepam intensol</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB ( <i>clorazepate dipotassium</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID ( <i>lithium carbonate er</i> )	T3	HD
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
MARPLAN	T3	
NARDIL ( <i>phenelzine</i> )	T3	
PARNATE ( <i>tranylcypromine</i> )	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>		
EMSAM	T3	
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>		
APLENZIN	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl er</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
BUPROPION HCL XL	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion hcl xl</i> (Wellbutrin XL)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion sr</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
FORFIVO XL	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID	T4	PA QL SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>		
<i>citalopram hbr</i> (Celexa)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>escitalopram oxalate</i> (Lexapro)	T1	ST HD
<i>fluoxetine dr</i>	T1	QL ST HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Prozac)	T1	QL HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	QL HD
<i>paroxetine er</i> (Paxil CR)	T1	QL HD
<i>paroxetine hcl</i> (Paxil)	T1	ST HD
PAXIL ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST QL HD
PAXIL CR ( <i>paroxetine cr</i> )	T3	ST QL HD
SARAFEM ( <i>fluoxetine hcl</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>vilazodone-hctz tablets</i>	T1	QL ST
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
<i>desvenlafaxine succinate er</i> (Pristiq)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i> (Cymbalta)	T1	QL HD
FETZIMA ER TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL HD
<i>venlafaxine hcl er</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl er</i> (Effexor XR)	T1	QL HD
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>amitriptyline-perphenazine</i>	T1	HD
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL ( <i>clomipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)</b>		
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
NORPRAMIN ( <i>desipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR ( <i>nortriptyline hcl</i> )	T3	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

VYVANSE	T2	ST
---------	----	----

#### TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>clonidine hcl er</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl er</i> (Intuniv)	T1	
KAPVAY ( <i>clonidine hcl er</i> )	T3	ST

#### TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA

ADHANSIA XR	T3	ST
APTENSIO XR	T3	ST
COTEMPLA XR-ODT	T3	ST
DAYTRANA	T2	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
<i>dexmethylphenidate hcl er</i> (Focalin XR)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METHYLIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	
<i>methylphenidate er</i>	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Ritalin LA)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	
<i>methylphenidate hcl cd</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup> (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<i>methylphenidate la</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i> (Ritalin La)	T1	
QELBREE ER	T3	ST
QUILLICHEW ER	T2	ST
QUILLIVANT XR	T2	ST
RITALIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	
RITALIN LA ( <i>methylphenidate er (la)</i> )	T3	ST

### TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI

<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD
------------------------------------	----	----

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)<sup>8</sup>

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)

VYLEESI	T4	PA QL(8 AUTO-INJS/FILL) SP
---------	----	----------------------------

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>8</sup>

#### ANTIPSI., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

<i>pimozide</i>	T1	
-----------------	----	--

#### ANTIPSIÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
<i>clozapine odt</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	T3	
CLOZARIL ( <i>clozapine</i> )	T3	
FANAPT	T3	QL (1 pack/1 time use)
GEODON ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	QL
INVEGA ( <i>paliperidone er</i> )	T3	QL
LATUDA	T2	QL (30 tabs/30 days)
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>olanzapine odt</i> (Zyprexa Zydys)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>paliperidone er</i> (Invega)	T1	QL
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	QL
<i>quetiapine fumarate er</i> (Seroquel XR)	T1	QL
RISPERDAL ( <i>risperidone</i> )	T3	QL
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	QL
<i>risperidone odt</i>	T1	QL
SECUADO	T3	QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>8</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
VERSACLOZ	T3	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	QL
ZYPREXA ( <i>olanzapine</i> )	T3	QL (30 Units/30 days)
ZYPREXA ZYDIS ( <i>olanzapine odt</i> )	T3	QL (30 Units/30 days)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
CAPLYTA 10.5MG, 21MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
VRAYLAR	T3	QL (7 caps/1 time use)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL (30 Units/30 days)
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole</i> (Abilify)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>aripiprazole odt</i>	T1	QL
REXULTI	T3	QL (30 Units/30 days)
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
ADASUVE	T3	
<i>loxapine succinate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<i>thiothixene</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> (Symbyax)	T1	
SYMBYAX ( <i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> )	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA QL (30 Units/30 days)
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA QL
SUNOSI	T2	PA QL (30 Units/30 days)

#### AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA

LUMRYZ ER	T4	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T4	PA SP HD QL (540ml/30 days)
XYREM	T4	PA QL(540 MLS/FILL) SP HD
XYWAV	T4	PA QL(540 MLS/FILL) SP HD

#### BARBITÚRICOS

<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>seconal</i> (Seconal Sodium)	T1	QL (30 Units/30 days)

#### HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2

HETLIOZ	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
HETLIOZ LQ	T4	PA QL(158 MLS/FILL) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 Units/30 days)

#### HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS

<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION ( <i>triazolam</i> )	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL ( <i>temazepam</i> )	T3	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	

#### HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS

BELSOMRA	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Silenor)	T1	QL (30 Units/30 days)
EDLUAR	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 Units/30 days)
INTERMEZZO ( <i>zolpidem tartrate</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days)
KETAMINE HCL	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST
SILENOR ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>zaleplon</i>	T1	QL
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 Units/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b>		
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Intermezzo)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>zolpidem tartrate er</i> (Ambien CR)	T1	QL (30 Units/30 days)
ZOLPIMIST	T3	ST QL

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

#### IRRIGANTES

<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	

#### AGENTES OXIDANTES

<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
--------------------------	----	--

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-Ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA ( <i>methoxsalen</i> )	T3	
SKYRIZI	T4	PA QL SP HD
SORIATANE ( <i>acitretin</i> )	T3	
TALTZ	T4	PA QL SP HD
TREMFYA	T4	PA QL SP HD

#### ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS

<i>diclofenac</i>	T1	QL ST HD
FLECTOR	T2	ST QL
VOLTAREN ( <i>arthritis pain</i> )	T3	ST QL (500GM/21 Days) HD

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

#### AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS

ABSORICA	T2	ST
ABSORICA LD	T3	
<i>amnesteem</i> (Absorica)	T1	
<i>claravis</i> (Absorica)	T1	
<i>isotretinoin</i> (Absorica)	T1	
<i>isotretinoin authorized generics by Sun pharmaceuticals</i>	T1	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)</b>		
<i>myorisan</i> (Absorica)	T1	
<i>zenatane</i> (Absorica)	T1	
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>		
ACZONE ( <i>dapsone</i> )	T3	ST
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i> (Epiduo)	T1	
AZELEX	T3	ST
BENZACLIN ( <i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
<i>clindamycin phos-tretinoin</i> (Veltin)	T1	PA
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> (Acanya)	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> (Benzacilin)	T1	
<i>dapsone</i> (Aczone)	T1	
EPIDUO FORTE GEL PUMP	T3	ST
KLARON ( <i>sulfacetamide</i> )	T3	ST
<i>neuac</i>	T1	
ONEXTON	T2	ST
<i>sulfacetamide</i> (Klaron)	T1	
ZIANA ( <i>clindamycin phos-tretinoin</i> )	T3	PA ST
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
<i>doxepin hcl</i> (Prudoxin)	T1	QL (45GM/23 Days)
<i>prudoxin</i> (Prudoxin)	T1	QL (45GM/23 Days)
ZONALON ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	ST QL (90 grams/30 days)
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<i>calcipotriene</i> (Dovonex)	T1	QL (120/23 Days)
<i>calcitriol</i> (Vectical)	T1	
DOVONEX ( <i>calcipotriene</i> )	T3	QL (120/23 Days)
DUOBRII	T3	ST QL (200 GM/23 Days)
<i>tazarotene cream</i> (Tazorac)	T1	PA
TAZORAC	T2	PA
VECTICAL ( <i>calcitriol</i> )	T3	
VTAMA	T3	PA ST QL (1 tube/28 days)
ZORYVE	T3	PA ST QL (60gms/21 days)
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
ESKATA	T3	
OVACE ( <i>sulfacetamide</i> )	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i> (Selrx)	T1	
SELRX	T3	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus Wash)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace)	T1	
VTAMA	T3	PA QL
ZORYVE	T3	PA QL (60 grams/21 days)
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGRANEX	T2	QL
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ALDARA ( <i>imiquimod</i> )	T3	
<i>imiquimod</i> (Aldara)	T1	
<b>QUERATOLÍTICOS</b>		
<i>benzepro</i>	T1	
BENZEPRO ( <i>benzepro</i> )	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
CONDYLOX	T3	ST QL (7 Grams/30 Days)
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST
INOVA 8-2	T3	ST
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE ( <i>benzepro</i> )	T3	ST
<b>PROTECTORES</b>		
PHARMABASE ( <i>pharmabase barrier</i> )	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
EPSOLAY	T3	
FINACEA ( <i>azelaic acid</i> )	T3	ST
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	QL (60GM/23 Days)
METROCREAM ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST
METROGEL ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)</b>		
METROLOTION ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metro lotion)	T1	
MIRVASO	T2	PA
NORITATE	T3	ST
RHOFADE	T3	PA
ROSADAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
SOOLANTRA	T3	ST QL (60GM/23 Days)
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
HYFTOR	T4	PA SP
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<b>AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS</b>		
QBREXZA	T3	PA
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
ALA-SCALP HP ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>baser</i> (Cutivate)	T1	
<i>betamethasone</i>	T1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol e</i>	T1	QL (120GM/23 Days)
<i>clobetasol emulsion</i> (Olux-E)	T1	QL (100 Units/23 Days)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>clobetasol propionate</i>	T1	QL
CLOBEX SHAMPOO ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (263ML/23 Days)
CLOBEX SPRAY ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (125ML/23 Days)
CLOBEX TOPICAL LOTION ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (118ML/23 Days)
CLODAN	T3	ST
<i>clodan</i> (Clobex)	T1	QL (263ML/23 Days)
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	ST QL
CUTIVATE ( <i>baser</i> )	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
DESONATE	T3	ST
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN ( <i>desonide</i> )	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	QL (120GM/23 Days)
DIPROLENE ( <i>betamethasone diprop augmented</i> )	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	QL
<i>fluocinonide-e</i>	T1	QL (120 GM/23 Days)
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	QL
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	
<i>halobetasol propionate</i>	T1	
HALOG ( <i>halcinonide</i> )	T3	ST
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL (120GM/23 Days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid)	T1	QL (118ML/23 Days)
IMPOYZ	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
KENALOG ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	ST QL
LEXETTE	T3	ST
LUXIQ ( <i>betamethasone valerate</i> )	T3	ST
<i>mometasone</i>	T1	
<i>nolix</i> (Cordran)	T1	QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
NUCORT	T3	ST
OLUX ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (100 Units/23 Days)
OLUX-E ( <i>clobetasol emollient</i> )	T3	ST QL (100 Units/23 Days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>procto-med hc</i>	T1	
<i>procto-pak</i>	T1	
<i>proctosol-hc</i>	T1	
<i>proctozone-hc</i>	T1	
PSORCON ( <i>diflorasone di</i> )	T3	ST QL (120GM/23 Days)
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
<i>tovet emollient</i> (Olux-E)	T1	QL (100 Units/23 Days)
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	QL
<i>trianex</i>	T1	
<i>triderm</i>	T1	
TRIDESILON ( <i>desonide</i> )	T3	ST
ULTRAVATE	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM-HC ( <i>hc pramoxine</i> )	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<i>iodine</i>	T1	
<i>iodine</i> (Lugol'S)	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
calcipotriene-betamethasone (Taclonex)	T1	QL (60 GM/23 Days)
<i>calcipotriene-betamethasone dp</i> (Taclonex)	T1	QL (60 GM/23 Days)
ENSTILAR	T2	QL (60 GM/23 Days)
ENSTILAR FOAM	T2	QL ST
TACLONEX ( <i>calcipotriene-betamethasone dp</i> )	T3	QL
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
SANTYL	T2	QL
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	
AKLIEF	T3	PA ST
ALTRENO	T3	PA
AVITA	T3	PA
<i>avita</i> (Avita)	T1	PA
DIFFERIN ( <i>adapalene</i> )	T3	ST
RETIN-A ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA
<i>tretinoin</i>	T1	
<i>tretinoin</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin</i> (Avita)	T1	PA
<i>tretinoin</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro)	T1	PA
<b>AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
FABIOR	T3	PA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)<sup>8</sup></b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICODERM CQ ( <i>nicoderm cq</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICODERM CQ ( <i>nicotine patch</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicorelief</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICORETTE	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar) <sup>8</sup>		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)</b>		
NICORETTE ( <i>nicorelief</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICORETTE ( <i>nicotine gum</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicoderm CQ)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine gum</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICOTROL	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
NICOTROL NS	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<i>quit 2</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>quit 4</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>stop smoking aid</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T3	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
EUTHYROX (Euthyrox/levothyroxine )	T1	HD
LEVO-T (Euthyrox/levothyroxine )	T1	HD
LEVO-T (Levo-T/levothyroxine )	T1	HD
<i>levothyroxine</i>	T1	HD
<i>levoxyl</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>liothyronine</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>nature-throid</i>	T1	
<i>np thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	
<i>unithroid</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>unithroid</i> (Levo-T)	T1	HD
<i>westhroid</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
TYBOST	T4	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR</b>		
BRONCHITOL	T4	PA SP HD
ORKAMBI	T4	PA QL SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL SP HD
TRIKAFTA	T4	PA QL(84 TABS/FILL) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)</b>		
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
JOENJA 70 MG TABLET	T4	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE	T4	SP PA QL
ZOKINVY	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO</b>		
TAVALISSE	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
CINRYZE	T2	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T4	PA SP HD QL (24 vials/28 days)
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T4	PA SP HD QL (16 vials/28 days)
RUCONEST	T2	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO 110MG, 150MG CAPSULE	T3	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T2	PA SP HD QL (2 units/28 days)

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

#### ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS

FLUOROURACIL	T2	
--------------	----	--

#### AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA

<i>leucovorin</i>	T1	
MESNEX	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL(20 PACKS/FILL) SP CSL

#### AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS

SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T3	
STERITALC	T3	

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

#### PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> )	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	

#### INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
----------------------------	----	--

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)

#### AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2

TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA
-----------------------------	----	----

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO</b>		
PROTHELIAL	T3	
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	T4	SP
ORAMAGICRX	T3	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
EPISIL	T3	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T3	
<b>AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA</b>		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
XEROSTOMIA RELIEF	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
FORTEO	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
TERIPARATIDE	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR ( <i>paricalcitol</i> )	T4	ST SP HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
<b>AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
KEVEYIS	T4	PA SP
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
CARBAGLU	T2	SP HD
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
TEGSEDI	T4	PA SP HD
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate</i>	T1	
ANTABUSE ( <i>disulfiram</i> )	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
ESBRIET	T3	PA QL(90 tabs/30 days) SP ST HD
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T1	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>cryoserv</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN ( <i>nitisinone</i> )	T4	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
<i>chloride</i>	T1	
HYPHER-SAL	T3	
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
<b>TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN</b>		
EVRYSDI	T4	PA QL(240 MLS/FILL) SP HD
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T1	QL (30 Units/30 days) HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>		
STRENSIQ	T4	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO</b>		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE</b>		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>		
CHEMET	T2	PA
<i>clovique</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD
FERRIPROX	T4	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE	T4	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T4	PA QL(15 CAPS/FILL) SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
KUVAN	T4	PA SP HD
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
<b>SOLVENTES</b>		
<i>dy-o-derm</i>	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
<b>EXCIPIENTES</b>		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado  
AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio  
PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4</b>		
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>		
CARNITOR ( <i>levocarnitine</i> )	T3	
CARNITOR SF ( <i>levocarnitine sf</i> )	T3	
CYSTADANE	T2	PA ST SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine sf</i> (Carnitor SF)	T1	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
ACTONEL 150 MG TABLET ( <i>risedronate</i> )	T3	ST QL (1 Tab/23 Days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET ( <i>risedronate</i> )	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
ACTONEL 5 MG TABLET ( <i>risedronate</i> )	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>alendronate 10mg tablet</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>alendronate sodium 40mg tablet</i>	T1	HD
<i>alendronate 35mg, 70mg tablets</i> (Fosamax)	T1	QL (4 Tabs/ 21 Days) HD
<i>alendronate 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (4 Bottles/21 Days) HD
ATELVIA ( <i>risedronate dr</i> )	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
BONIVA ( <i>ibandronate</i> )	T3	ST QL (1 Tab/23 Days) HD
EVISTA ( <i>raloxifene hcl</i> )	T3	HD
FOSAMAX ( <i>alendronate</i> )	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
<i>ibandronate</i> (Boniva)	T1	QL (1 Tab/23 Days) HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate</i>	T1	QL HD
<i>risedronate dr</i> (Atelvia)	T1	QL (4 Tabs/21 Days) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
<b>ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I</b>		
ARCALYST	T4	PA QL(4 VLS/28 DAYS) SP HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I</b>		
ILARIS	T2	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA</b>		
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
<b>INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)</b>		
BENLYSTA	T4	PA QL (4ml/28 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
<b>INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
ADBRY	T4	PA QL(4 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES</b>		
<i>buprenorphine hydrochloride</i>	T1	
<i>buprenorphine-naloxone</i> (Suboxone)	T1	QL
PROBUPHINE	T3	
SUBOXONE ( <i>buprenorphine-naloxone</i> )	T3	QL
ZUBSOLV	T2	QL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO</b>		
REZUROCK	T4	PA QL (30 tabs/fill)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX ( <i>tamsulosin hcl</i> )	T3	HD
PROSCAR ( <i>finasteride</i> )	T3	ST HD
<i>silodosin</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN ( <i>dutasteride-tamsulosin</i> )	T3	ST HD
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA</b>		
CYSTAGON	T4	SP
<b>AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES</b>		
THIOLA	T3	SP
THIOLA EC	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3</b>		
GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin er</i>	T1	HD
ENABLEX ( <i>darifenacin er</i> )	T3	ST
<i>fesoterodine er tablets (generic)</i>	T1	ST
<i>solifenacin succinate (Vesicare)</i>	T1	HD
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
DITROPAN XL ( <i>oxybutynin chloride er</i> )	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er (Ditropan XL)</i>	T1	HD
OXYTROL	T3	ST QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>tolterodine tartrate (Detrol)</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate er (Detrol LA)</i>	T1	HD
TOVIAZ	T3	ST HD
TOVIAZ ER	T3	HD
<i>trospium chloride</i>	T1	HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)</b>		
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
<b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>super b-complex w/vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>vitamin b complex with c</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>multivitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>mvc-fluoride</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d &amp; fluoride</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>		
<i>b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>balance b</i>	T1	HD PPACA
<i>balanced b-complex</i>	T1	HD PPACA
<i>dialyvite 800 (Nephro-Vite)</i>	T1	HD PPACA
<i>foltabs 800</i>	T1	HD PPACA
<i>full spectrum b (Nephro-Vite)</i>	T1	HD PPACA
<i>rena-vite (Nephro-Vite)</i>	T1	HD PPACA
<i>super b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>super b complex-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b-complex &amp; c</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL	T2	ST QL (4 Devices/30 Days)
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol (Rocaltrol)</i>	T1	HD
DRISDOL ( <i>vitamin d2</i> )	T3	HD
ROCALTROL ( <i>calcitriol</i> )	T3	HD
<i>vitamin d2 (Drisdol)</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
MEPHYTON ( <i>phytonadione</i> )	T3	QL
<i>phytonadione</i>	T1	
<i>vitamin k</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>9</sup>

- medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son médicamente necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- medicamentos usados para la fertilidad,<sup>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</sup> o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

# Índice de medicamentos

## A

abacavir .....	57	ADIPEX-P .....	53
abacavir-lamivudine .....	57	ADLYXIN .....	42
ABILIFY .....	120	ADRENALIN CHLORIDE .....	90
ABILIFY MYCITE .....	120	ADVAIR .....	28
abiraterone acetate .....	48	ADZENYS .....	61
ABRYSVO .....	64	AEMCOLO .....	35
ABSORICA .....	122	AEROCHAMBER .....	113
ACAM2000 .....	64	AEROTRACH .....	113
acamprosate .....	133	AEROVENT .....	113
acarbose .....	43	AFINITOR .....	49, 50
ACCOLATE .....	28	AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET .....	49
ACCRUFER .....	96	afirmelle .....	80
ACCU-CHEK .....	111	AFLURIA .....	63
ACCUPRIL .....	70	AFTERA .....	80
ACCURETIC .....	69	AGRYLIN .....	56
ACD .....	38	AIMOVIG .....	15, 19
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER .....	113	AIRDUO DIGIHALER .....	28
acebutolol .....	72	AJOVY .....	15, 19
acetaminophen w/butalbital .....	19	AKLIEF .....	128
acetaminophen w/codeine .....	21	ak-poly-bac .....	30
acetate .....	38, 48, 50, 53, 65, 75, 80, 83, 92, 96, 104, 105, 106, 108, 109, 137	AKTEN .....	92
acetazolamide .....	88	ALA-SCALP HP .....	125
acetic acid .....	91, 122	albendazole .....	46
acetylcysteine .....	29	ALBENZA .....	46
acitretin .....	122	albuterol .....	27
ACTEMRA .....	110	ALCAINE .....	92
ACTHIB .....	63	alclometasone dipropionate .....	125
ACTICLATE .....	35	ALDACTAZIDE .....	89
ACTIGALL .....	100	ALDACTONE .....	89
ACTIMMUNE .....	53	ALDARA .....	124
ACTIQ .....	21	ALECENSA .....	50
ACTIVELLA .....	105	alendronate .....	135
ACTONEL .....	135	alfuzosin .....	136
ACTOPLUS MET .....	44	ALINIA .....	54
ACTOS .....	44	aliskiren .....	73
acyclovir .....	59, 60	ALKERAN .....	48
ACZONE .....	123	allopurinol .....	25
ADACEL .....	63	ALLZITAL .....	19
ADALAT .....	66	almotriptan malate .....	15, 19
ADALIMUMAB .....	47	alophen .....	102
adapalene .....	123, 128	ALORA .....	105
adapalene-benzoyl peroxide .....	123	alosectron .....	102
ADASUVE .....	120	ALPHAGAN .....	93
ADBRY .....	136	alprazolam .....	115, 116
adefovir dipivoxil .....	59, 60	ALTABAX .....	125
ADEMPAS .....	68	altacaine .....	92
ADHANSIA .....	118	ALTACE .....	70



## Índice de medicamentos

ALTAFLUOR BENOX .....	92	ANNOVERA .....	80
altavera .....	80	ANORO ELLIPTA .....	27
ALTRENO .....	128	ANTABUSE .....	133
ALUNBRIG .....	50	ANTARA .....	74
ALVESCO .....	28	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE .....	38
alyacen .....	80, 84	anucort-hc .....	104
amabelz .....	105, 106	apap-caffeine-dihydrocodeine .....	21
AMARYL .....	43	apexicon e .....	125
ambrisentan .....	69	APLENZIN .....	116
amcinonide .....	125	apraclonidine .....	93
AMELUZ .....	53	aprepitant .....	99
AMERGE .....	19	APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL .....	58
amethia .....	80	apri .....	80
amethyst .....	80	APRISO .....	101
AMICAR .....	64	APTENSIO .....	118
amiloride .....	89	APTIOM .....	77
aminoacetic acid .....	47	APTIVUS .....	56
aminocaproic acid .....	64	AQUORAL .....	132
amiodarone .....	65	ARAKODA .....	46
amitriptyline .....	117	ARAKODA 100mg tablets .....	46
amitriptyline/chlordiazepoxide .....	117	aranelle .....	80
amitriptyline-perphenazine .....	117	ARAVA .....	24
amlodipine-atorvastatin .....	73	ARCALYST .....	135
amlodipine besylate .....	66, 69	ARCAPTA NEOHALER .....	27
amlodipine-olmesartan .....	70	ARESTIN .....	45
amlodipine-valsartan .....	70	AREXVY .....	64
amlodipine-valsartan-hctz .....	70	ARICEPT .....	61
amnesteem .....	122	ARIDOL .....	87
amoxapine .....	117	ARIKAYCE .....	31
amoxicillin .....	35, 45	aripiprazole .....	120
amoxicillin-clavulanate potass .....	35	ARIXTRA .....	39
amoxicillin-clavulanate pot er .....	35	armodafinil .....	121
amphetamine .....	61	ARNUIITY ELLIPTA .....	28
AMPHETAMINE ER .....	61	AROMASIN .....	49
ampicillin trihydrate .....	35	ARRANON .....	48
AMPYRA .....	76	ARTHROTEC .....	25
AMVISC .....	94	ARTISS .....	125
AMZEEQ .....	37	ARYMO ER .....	21
ANADROL-50 .....	105	asa-butalb-caff-cod .....	23
ANAFRANIL .....	117	ascomp with codeine .....	23
anagrelide hydrochloride .....	56	ashlyna .....	80
ANA-LEX .....	104	ASMANEX .....	28
ANALPRAM-HC .....	104, 127	aspirin .....	19, 21, 23, 55, 56, 114, 115
ANAPROX DS .....	25	ASTAGRAF .....	110
anaspaz .....	100	atazanavir .....	58
anastrozole .....	49	ATELVIA .....	135
ANCOBON .....	40	atenolol .....	72
ANDRODERM .....	105	ATIVAN .....	116
ANGELIQ .....	106	atomoxetine .....	119

## Índice de medicamentos

atorvastatin .....	73	BARACLUDE .....	59
atovaquone .....	46, 47	BASAGLAR .....	45
atovaquone-proguanil .....	46	BAXDELA .....	35
atropine .....	93, 94, 99	b complex .....	137, 138
ATROPINE .....	94	b complex w-vitamin c .....	137, 138
ATROVENT HFA .....	27	BD .....	113
AUBAGIO .....	75	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2 .....	87
aubra .....	80	bekyree .....	81
AUGMENTIN .....	35	BELBUCA .....	21
aurovela .....	80	belladonna & opium .....	21
AURYXIA .....	96	belladonna-phenobarbital .....	100
AUSTEDO .....	75	BELSOMRA .....	121
AUVI-Q .....	60	benazepril .....	69, 70
AVANDIA .....	44	BENLYSTA .....	136
avar .....	38	BENZACLIN .....	123
AVAR .....	38	BENZAMYCIN .....	37
aviane .....	80	benzepro .....	124
avidoxy .....	35	BENZEPRO .....	124
AVIDOXY DK .....	35	BENZNIDAZOLE .....	46
avita .....	128	benzonatate .....	85
AVITA .....	128	benzoyl peroxide .....	37, 123, 124
AVITENE .....	65	benzphetamine hcl .....	53, 54
AVONEX .....	75	benztropine mesylate .....	54
AYGESTIN .....	108	BEOVU .....	94
ayuna .....	80	beser .....	125, 126
AYVAKIT .....	50	BETADINE .....	91
AZASAN .....	110	betamethasone .....	40, 125, 126, 128
AZASITE .....	30	BETAPACE .....	72
azathioprine .....	110	BETASERON .....	75
azelaic acid .....	124	betaxolol .....	72, 93
azelastine .....	42, 90	bethanechol chloride .....	62
AZELEX .....	123	BETHKIS .....	31
azithromycin .....	34	BETOPTIC .....	93
AZULFIDINE .....	101	BEVACIZUMAB .....	94
azurette .....	80	BEVESPI AEROSPHERE .....	27
<b>B</b>		BEVYXXA .....	39
bacitracin .....	29, 30	bexarotene .....	47
bacitracin/polymyxin .....	30	BEXSERO .....	62
BACTRIM .....	31	BEYAZ .....	81
BAFIERTAM .....	75	bicalutamide .....	48
balance b .....	138	BIDIL .....	73
balanced b-complex .....	138	BIKTARVY .....	58
balanced salt .....	92	BILTRICIDE .....	46
balsalazide di .....	101	bimatoprost .....	93
BALVERSA .....	50	BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST .....	87
balziva .....	80	BINAXNOW COVID-19 AG CARD .....	87
BANZEL .....	77	BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST .....	87
BAQSIMI .....	96	BINOSTO .....	135

## Índice de medicamentos

bio glo .....	88	butalbital/apap/caffeine .....	19
biolon .....	95	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal) .....	15
bisacodyl .....	102	butalbital-asp-caffeine .....	19
bisa-lax .....	102	butalbital/caff/apap/codeine .....	23
bisoprolol fumarate .....	72	butalbital compound w/codeine .....	23
BLEPH-10 .....	30	butorphanol tartrate .....	22
BLEPHAMIDE .....	30	BYDUREON .....	42
BLEPHAMIDE S.O.P. ....	30	BYETTA .....	42
blisovi .....	81	BYLVAY .....	102
BOCASAL .....	132	<b>C</b>	
BONIVA .....	135	cabergoline .....	108
BONJESTA .....	99	CABLIVI .....	64
BOOSTRIX .....	63	CABOMETYX .....	50
bosentan .....	69	CADUET .....	73
BOSULIF .....	50	CAFERGOT .....	15, 19
BRAFTOVI .....	49	caffeine d .....	75
BREO ELLIPTA .....	28	CALAN .....	66
BREXAFEMME .....	40	calcipotriene .....	123, 128
BREYANZI .....	49	calcitonin-salmon .....	109
brey-na .....	28	calcitriol .....	123, 138
briellyn .....	81	CALCIUM .....	66, 96
BRILINTA .....	55	CALQUENCE .....	50
brimonidine .....	93	CAMBIA .....	19
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE .....	93	camila .....	81
BRIVIACT .....	77	camrese .....	81
BROMFED-DM .....	86	CAMZYOS .....	66
bromipheniramin-pseudoephed-dm .....	86	candesartan cilexetil .....	71
bromocriptine mesylate .....	55	candesartan-hydrochlorothiazid .....	70
brompheniramine w/pseudoephed .....	86	CAPCOF .....	86
BRONCHITOL .....	130	capecitabine .....	48, 49
BROVANA .....	27	CAPEX SHAMPOO .....	125
BRUKINSA .....	50	CAPHOSOL .....	132
BRYHALI .....	125	CAPLYTA .....	120
budesonide .....	28, 106, 107	CAPRELSA .....	50
budesonide-formoterol .....	28	captopril .....	69, 70
buffered aspirin .....	19	captopril/hydrochlorothiazide .....	69
bufferin .....	19	CARAFATE .....	99
bumetanide .....	88	CARBAGLU .....	133
BUPHENYL .....	98	carbamazepine .....	77, 79
buprenorphine .....	21, 136	CARBATROL .....	77
bupropion .....	116, 129	carbidopa .....	54, 55
BUPROPION .....	116	carbidopa/levodopa .....	54
buspirona .....	116	carbidopa-levodopa-entacapone .....	54, 55
butalb-acetamin-caff 50-300-40 .....	15	carbidopa-levodopa er .....	54
butalb-acetamin-caff 50-325-40 .....	15	carbinoxamine .....	42
butalb-acetaminophen/caffeine .....	15	CARDIOPLEGIA .....	67
butalb-aspirin-caffe 50-325-40 .....	15	cardioplegic .....	67
butalbital/acetaminophen .....	15	CARDIZEM .....	66

## Índice de medicamentos

CARDURA .....	70	CHOLBAM .....	101
carisoprodol .....	23, 114, 115	cholestyramine .....	74
carisoprodol-aspirin .....	23, 114	choline mag trisalicylate .....	19
carisoprodol-aspirin-codeine .....	23	choline salicyl/mag salicylate .....	15
CARNITOR .....	135	CHORIONIC GONAD .....	109
CAROSPIR .....	89	ciclodan .....	40
carteolol .....	93	CICLODAN .....	47
cartia .....	66	ciclopirox .....	40, 41, 47
CASODEX .....	48	cilostazol .....	56
CATAPRES .....	71	CILOXAN .....	30
CAYA CONTOURED .....	85	CIMDUO .....	56
CAYSTON .....	33	cimetidine .....	101
caziant .....	81	cinacalcet hcl .....	132
cefaclor .....	33	CINRYZE .....	131
cefadroxil .....	33	CIPRO .....	35
cefdinir .....	33	CIPRODEX .....	29
cefditoren pivoxil .....	33	ciprofloxacin hcl .....	29, 30, 35
cefixime .....	33	citalopram .....	117
cefpodoxime proxetil .....	33	citroma .....	102
cefprozil .....	33	claravis .....	122
ceftriaxone .....	33	CLARINEX .....	42
cefuroxime axetil .....	33	CLARINEX-D .....	42
celecoxib .....	26	clarithromycin .....	34
CELLCEPT .....	110	clarithromycin er .....	34
CELLUGEL .....	95	clearlax .....	102
CELONTIN .....	77	clemastine fumarate .....	42
CENTANY .....	37	CLEOCIN HCL .....	33
cephalexin .....	33	CLEOCIN PALMITATE .....	34
CEQUA .....	94	CLEOCIN PHOSPHATE .....	36
CEQR SIMPLICITY .....	111	CLEOCIN T .....	37
CERDELGA .....	133	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER .....	113
CERVIDIL .....	108	clidinium w/chlordiazepoxide .....	98
CETACAINE ANESTHETIC .....	23	CLIMARA .....	106
cetorelix acetate .....	108	clindacin .....	37
CETROTIDE .....	108	CLINDACIN .....	37
cevimeline .....	62	clindamycin .....	33, 34, 36, 37, 123
CHANTIX .....	129	clindamycin hcl .....	33, 34
chateal .....	81	clindamycin palmitate hcl .....	34
CHEMET .....	134	clindamycin pediatric .....	34
CHENODAL .....	100	clindamycin phosphate .....	36, 37
children's aspirin .....	56	CLINDESSE .....	36
chlordiazepoxide .....	98, 116, 117	CLINPRO 5000 .....	95
chlorhexidine gluconate .....	131	clobazam .....	77
chloride .....	62, 97, 133, 137	clobetasol .....	125, 126, 127
chloroquine .....	46	clobetasol propionate .....	126, 127
chlorpromazine .....	120	CLOBEX .....	126
chlorthalidone .....	72, 89	clodan .....	126
chlorzoxazone .....	114, 115	CLODAN .....	126

## Índice de medicamentos

CLODERM .....	126	CORTISPORIN-TC .....	29
clomipramine .....	117, 118	COTELLIC .....	49
clonazepam .....	77	COTEMPLA .....	118
clonidine .....	71, 118	COUMADIN .....	38
clopidogrel .....	56	covaryx .....	105
clorazepate di .....	116	COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP .....	87
clotrimazole .....	40	CREON .....	103
clovique .....	134	CRESEMBA .....	40
clozapine .....	119	CRINONE .....	108
CLOZAPINE .....	119	CRIXIVAN .....	58
CLOZARIL .....	119	cromolyn .....	24, 28, 92
COARTEM .....	46	crotan .....	54
COCAINE .....	90	CRRT TRISODIUM CITRATE .....	39
codeine .....	21, 22, 23, 86	cryoserv .....	133
CODITUSSIN AC .....	86	cryselle .....	81
CODITUSSIN DAC .....	86	CUROSURF .....	130
COLAZAL .....	101	CUTIVATE .....	126
colchicine .....	24, 26	CUVPOSA .....	98
colesevelam .....	74	CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST .....	87
COLESTID .....	74	cyanocobalamin .....	138
colestipol .....	74	cyclafem .....	81
colocort .....	104	cyclobenzaprine .....	114
COLY-MYCIN S .....	29	CYCLOBENZAPRINE ER .....	114
COMBIGAN .....	93	CYCLOGYL .....	94
COMBIPATCH .....	106	CYCLOMYDRIL .....	94
COMBIVENT .....	27	cyclopentolate hcl .....	94
COMBIVENT RESPIMAT .....	27	CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE .....	94
COMBIVIR .....	57	cyclophosphamide .....	48
COMETRIQ .....	50	CYCLOPHOSPHAMIDE .....	48
COMPACT SPACE CHAMBER .....	113	CYCLOSERINE .....	33
compro .....	99	CYCLOSET .....	43
COMTAN .....	55	cyclosporine .....	110
CONDYLOX .....	124	CYCLOSPORINE IN KLARITY .....	94
CONSENSI .....	66	CYLTEZO .....	47
constulose .....	102	cyproheptadine hcl .....	42
CONTOUR .....	111	cyred .....	81
CONTRAVE .....	54	CYSTADANE .....	135
CONZIP .....	22	CYSTAGON .....	136
COPAXONE .....	75	CYSTARAN .....	94
COPIKTRA .....	50	CYTOTEC .....	100
CORDRAN .....	126	<b>D</b>	
coremino .....	35	daily prenatal .....	115
CORGARD .....	72	dalfampridine .....	76
CORTANE-B .....	91	danazol .....	108
CORTEF .....	106	DANTRIUM .....	114
CORTENEMA .....	104	dantrolene .....	114
cortisone acetate .....	106	dapsone .....	32, 123
CORTISPORIN .....	29, 37	DAPTACEL .....	63
		DARAPRIM .....	46

## Índice de medicamentos

darifenacin .....	137	DEXONTO .....	106
darunavir .....	56	DEXPAK .....	107
dasetta .....	81	DEXTENZA .....	91
DAURISMO .....	49	dextroamphetamine .....	61
DAYPRO .....	25	DEXYCU .....	91
daysee .....	81	D.H.E.45 .....	19, 20
DAYTRANA .....	118	DIACOMIT .....	77
DDAVP .....	105	dialyvite .....	138
DDAVP SOLUTION .....	105	DIASTAT .....	77
deblitane .....	81	DIASTIX REAGENT .....	87
decadron .....	106	diazepam .....	77, 116
deferasirox .....	134	DIBENZYLINE .....	62
DELESTROGEN .....	106	DICLEGIS .....	99
demeclocycline hcl .....	35	diclofenac .....	19, 20, 25, 122
DEMSEK .....	71	diclofenac -misoprostol .....	25
DENAVIR .....	60	dicloxacillin .....	35
denta 5000 plus .....	95	dicyclomine hcl .....	98
dentagel .....	95	didanosine .....	57
DEPAKOTE .....	77	diethylpropion .....	53
DEPEN .....	24	DIFFERIN .....	128
DEPO-ESTRADIOL .....	106	DIFICID .....	34
DEPO-PROVERA .....	80, 108	diflorasone diacetate .....	126
DEPO-SUBQ PROVERA .....	80	DIFLUCAN .....	40
DEPO-TESTOSTERONE .....	105	diflunisal .....	15, 19
DERMA-SMOOTHIE-FS .....	126	digitek .....	68
DERMOTIC .....	90	digoxin .....	68
DESCOVY .....	56	dihydroergotamine .....	15
desflurane .....	23	dihydroergotamine mesylate .....	19, 20
desipramine .....	118	DILANTIN .....	77
desloratadine .....	42	DILATRATE-SR .....	68
desmopressin acetate .....	105	DILAUDID .....	22
desogestrel-ethinyl estradiol .....	81	diltiazem .....	66, 67
desogestr-eth estrad eth estra .....	81	dilt-xr .....	66
DESONATE .....	126	diphenoxylate w/atropine .....	99
desonide .....	126, 127	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED .....	63
DESOWEN .....	126	DIPROLENE .....	126
desoximetasone .....	126, 127	dipyridamole .....	55, 56
DESOXYN .....	61	DISCOVISC .....	95
desvenlafaxine succinate .....	117	diskets .....	22
dex4 glucose .....	96	disopyramide phosphate .....	65, 66
dexamethasone .....	29, 30, 106, 107	disulfram .....	133
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN .....	29	DITROPAN .....	137
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC .....	30	DIURIL .....	89
dexchlorpheniramine maleate .....	42	divalproex .....	77
DEXCOM .....	111	dofetilide .....	65
DEXEDRINE .....	61	DOJOLVI .....	95
dexlansoprazole .....	104	DOLOPHINE HCL .....	22
dexmethylphenidate .....	118	donepezil .....	61

## Índice de medicamentos

DONNATAL .....	100	ecpirin .....	19
DOPELET .....	79	EDECRIN .....	88
dorzolamide .....	92, 93	EDLUAR .....	121
DORZOLAMIDE .....	92, 93	ed-spaz .....	100
dotti .....	106	EDURANT .....	57
DOVATO .....	56	eemt .....	105
DOVONEX .....	123	e.e.s. ....	34
doxazosin mesylate .....	70	E.E.S .....	34
doxepin .....	118, 121, 123	efavirenz .....	57
doxercalciferol .....	132	effer-k .....	97
doxycycline hyclate .....	35, 36, 131	EFFIENT .....	56
doxycycline monohydrate .....	36	EGRIFTA .....	107
doxylamine succ-pyridoxine hcl .....	99	ELEPSIA .....	78
DRISDOL .....	138	eletriptan hbr .....	20
dronabinol .....	99	eletriptan hydrobromide .....	15
drosiprenone-eth estra-levomef .....	81	ELIMITE .....	54
drosiprenone-ethinyl estradiol .....	81, 85	elinest .....	81
DROXIA .....	65	ELIQUIS .....	39
DSUVIA .....	22	ELIXOPHYLLIN .....	29
DUAVEE .....	106	ELLA .....	81
ducodyl .....	102	ELLUME COVID-19 HOMETEST .....	87
DUETACT .....	44	ELMIRON .....	23
DUEXIS .....	25	eluryng .....	80
DULERA .....	28	EMBRACE .....	111
duloxetine .....	117	EMCYT .....	53
DUOBRII .....	123	EMEND .....	99
DUOPA .....	55	EMGALITY .....	15, 20, 77
DUOVISC .....	95	emoquette .....	81
DUPIXENT .....	110	Empaveli .....	64
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE .....	110	EMSAM .....	116
DUREZOL .....	91	EMTRIVA .....	57
dutasteride .....	136	EMVERM .....	46
dvorah .....	21	ENABLEX .....	137
DXEVO .....	107	enalapril maleate .....	69, 70, 71
DYANAVAL .....	61	enalapril maleate/hctz .....	69
DYAZIDE .....	89	ENBREL .....	47
DYMISTA .....	90	ENDO-AVITENE .....	65
dy-o-derm .....	134	endocet .....	21
DYRENIUM .....	89	ENFAMIL .....	96
<b>E</b>		ENGERIX-B .....	64
EASIVENT .....	113	ENHERTU .....	52
EASY .....	111	enoxaparin .....	39
EASYMAX .....	111	enpresse .....	81
EC-NAPROSYN .....	25	enskyce .....	81
econazole nitrate .....	41	ENSPRYNG .....	110
econtra ez .....	81	ENSTILAR .....	128
econtra one-step .....	81	ENSTILAR FOAM .....	128
ecotrin .....	19, 56	entacapone .....	54, 55

## Índice de medicamentos

entecavir .....	59	estarylla .....	81, 84
ENTEREG .....	103	estazolam .....	121
enteric coated aspirin .....	56	ESTRACE .....	106
ENTOCORT EC .....	107	estradiol .....	80, 81, 82, 83, 85, 106, 109
ENTRESTO .....	70	estrogen & methyltestosterone .....	105
ENTYVIO .....	102	eszopiclone .....	121
enulose .....	98	ethacrynic acid .....	88
ENZOCLEAR .....	124	ethambutol hcl .....	32
EPCLUSA .....	59	ethosuximide .....	78, 79
EPIDIOLEX .....	77	ethynodiol-ethinyl estradiol .....	81
EPIDUO FORTE GEL PUMP .....	123	etodolac .....	25, 26
EPIFOAM .....	127	etonogestrel-ethinyl estradiol .....	80
epinastine .....	42	etoposide .....	53
epinephrine .....	60	EUCRISA .....	125
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS .....	94	EUTHYROX .....	129
EPIPEN .....	60	EVEKEO .....	61
EPISIL .....	132	EVENCARE .....	111
epitol .....	78	everolimus .....	49, 50, 111
EPIVIR .....	57, 59	EVERSENSE .....	111
eplerenone .....	89	EVISTA .....	135
eprosartan mesylate .....	71	EVKEEZA .....	73
EPSOLAY .....	124	EVOCLIN .....	37
EPZICOM .....	57	EVOTAZ .....	58
EQUETRO .....	116	EVOXAC .....	62
ergoloid mesylates .....	73	EVRYSDI .....	133
ERGOMAR .....	20	EXEL .....	113
ergotamine-caffeine .....	20	EXELDERM .....	41
ergotamine tartrate/caffeine .....	15	exel huber .....	113
ERIVEDGE .....	49	EXEL HUBER .....	113
ERLEADA .....	48	EXELON .....	61
erlotinib hcl .....	50, 52	exemestane .....	49
ERMEZA .....	129	EXKIVITY .....	50
errin .....	81	EXSERVAN .....	75
ERTACZO .....	41	EXTINA .....	41
ery .....	34, 37	EYLEA .....	94
erygel .....	37	EYSUVIS .....	91
ERYPED .....	34	ezetimibe .....	73, 74
ery-tab .....	34	ezetimibe-atorvastatin .....	73
erythrocin stearate .....	34	ezetimibe-simvastatin .....	73
erythromycin .....	30, 34, 37	<b>F</b>	
erythromycin ethylsuccinate .....	34	FABIOR .....	128
erythromycin stearate .....	34	falmina .....	82
ESBRIET .....	133	famciclovir .....	59
escitalopram oxalate .....	117	famotidine .....	101
ESGIC .....	15, 19	FANAPT .....	119
ESKATA .....	123	FARESTON .....	53
ESOMEPRAZOLE .....	104	FARXIGA .....	43
esomeprazole magnesium .....	104	FARYDAK .....	47, 48



## Índice de medicamentos

FASENRA PEN .....	28	FLUCELVAX .....	63
fayosim .....	82	fluconazole .....	40
FC2 FEMALE CONDOM .....	85	flucytosine .....	40
febuxostat .....	25	fludrocortisone acetate .....	108
felbamate .....	78	FLULAVAL .....	63
FELBATOL .....	78	FLUMIST .....	63
FELDENE .....	25	flunisolide .....	90
felodipine .....	66	fluocinolone acetonide .....	90, 126, 127
FEMARA .....	49	fluocinolone acetonide oil .....	90
FEMCAP .....	85	fluocinonide .....	126
FEMHRT .....	106	fluoride .....	97, 137, 138
fem ph .....	45	FLUORIDEX .....	95
femynor .....	82, 84	fluoritab .....	95, 97
fenofibrate .....	74	fluorometholone .....	91
fenofibric acid .....	74	FLUOROURACIL .....	131
FENOGLIDE .....	74	fluoxetine .....	117, 120
fenopropfen .....	25, 26	fluphenazine .....	120
FENORTHO .....	25	flurandrenolide .....	126
fentanyl .....	21, 22	flurazepam .....	121
FERAHEME .....	96	flurbiprofen .....	25, 91
FERRIPROX .....	134	flutamide .....	48
fesoterodine .....	137	fluticasone propionate .....	90, 126
FETZIMA .....	117	fluticasone-salmeterol .....	28
FEXMID .....	114	fluvastatin .....	73
FIBRICOR .....	74	fluvoxamine maleate .....	117
FILTER .....	113	FLUZONE .....	63
FINACEA .....	124	FML .....	91
finasteride .....	136	folic acid .....	137
fingolimod .....	75	FOLLISTIM .....	109
FIORICET .....	15, 19, 23	foltabs .....	138
FIORINAL .....	15, 19, 23	fondaparinux .....	39
FIORINAL W/CODEINE .....	23	FORA .....	87, 111
FIRDAPSE .....	76	FORACARE .....	111
FIRMAGON .....	50	FORA GTEL KETONE .....	87
flac otic oil .....	90	forane .....	23
FLAGYL .....	31	FORFIVO .....	116
flavoxate .....	137	FORTAMET .....	43
flecainide acetate .....	65	FORTEO .....	132
FLECTOR .....	122	FORTESTA .....	105
FLEXICHAMBER .....	113	FORTISCARE .....	111
FLOLIPID .....	73	FOSAMAX .....	135
FLOMAX .....	136	fosamprenavir .....	58
FLONASE .....	90	fosaprepitant dimeglumine .....	99
FLOVENT .....	28	fosinopril .....	69, 70
FLOW-EZE .....	113	fosinopril-hydrochlorothiazide .....	69
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST .....	88	FRAGMIN .....	39
FLUAD .....	63	FREESTYLE .....	87, 111, 112
FLUARIX .....	63	frovatriptan succinate .....	20
FLUBLOK .....	63		

## Índice de medicamentos

ful-glo .....	88	GLOPERBA .....	24
full spectrum b .....	138	glostrips .....	88
FULPHILA .....	79	GLUCAGEN .....	87, 96
furosemide .....	88	GLUCAGON .....	96
FUROSEMIDE .....	88	GLUCO .....	96
FUZEON .....	57	gluco burst .....	96
fyavolv .....	106	GLUCOCARD .....	112
FYCOMPA .....	78	GLUCOCOM .....	112
fyremadel .....	108	glucose .....	96
<b>G</b>		GLUCOSE .....	96, 112
gabapentin .....	78	GLUCOTROL .....	44
GABITRIL .....	78	GLUTOL .....	96
GALAFOLD .....	134	glutose .....	96
galantamine .....	61	GLUTOSE .....	96
GALZIN .....	134	glyburide .....	44
GANIRELIX .....	108	GLYCATE .....	98
GARDASIL 9 .....	64	glycine .....	47
GASTROCROM .....	24	glycolax .....	103
gatifloxacin .....	30, 31	glycopyrrolate .....	98
GATTEX .....	104	glydo .....	23
gavilax .....	102	GLYNASE .....	44
gavilyte-g .....	102	GLYSET .....	43
gavilyte-n .....	102, 103	GLYXAMBI .....	44
GAVRETO .....	50	GONAL .....	109
GELCLAIR .....	132	GONITRO .....	68
GELFILM .....	93, 134	GOPRELTO .....	90
GEL-FLOW .....	65	GRALISE .....	77
GELFOAM .....	65	granisetron .....	99
GELNIQUE .....	137	GRASTEK .....	62
gemfibrozil .....	74	griseofulvin .....	40
GEMTESA .....	137	g tussin ac .....	86
generlac .....	98	guaifenesin ac .....	86
gengraf .....	110	guaifenesin dac .....	86
GENOTROPIN .....	107	guaifenesin with codeine .....	86
gentak .....	30	guanfacine .....	71, 118
gentamicin .....	30, 31, 37	guanidine .....	62
GENTLE DRAW .....	112	GUARDIAN .....	112
gentlelax .....	103	guiatussin ac .....	86
gentle laxative .....	102, 103	GVOKE .....	96
GENVOYA .....	58	GYNAZOLE .....	39
GEODON .....	119	gynol .....	80
gianvi .....	82	<b>H</b>	
GILOTRIF .....	50	HAEGARDA .....	131
glatiramer acetate .....	75	hailey .....	82
glatopa .....	76	halcinonide .....	126
GLEOSTINE .....	48	HALCION .....	121
glimepiride .....	43, 44	halobetasol propionate .....	126
glipizide .....	43, 44	HALOG .....	126

## Índice de medicamentos

haloperidol .....	120	hyoscyamine .....	100
HARVONI .....	59	hyosyne .....	100
HAVRIX .....	64	HYPER-SAL .....	133
hc pramoxine .....	91, 104, 127	HYPOLANCE .....	112
HEALTHWISE .....	113	HYPROMELLOSE .....	134
HEALTHY ACCENTS .....	112, 113	HYRIMOZ .....	47
HEALTHY ACCENTS AUTOLET .....	112	HYSINGLA ER .....	22
healthylax .....	103	<b>I</b>	
heather .....	82	ibandronate .....	135
HEMANGEOL .....	72	IBRANCE .....	51
HEMLIBRA .....	64	ibu .....	25
hemmorex-hc .....	104	ibuprofen .....	21, 25
heparin .....	39	icatibant .....	130
HEPLISAV-B .....	64	ICLUSIG .....	51
HEPSERA .....	60	IDHIFA .....	52
HETLIOZ .....	121	ILARIS .....	135
HIBERIX .....	63	ILEVRO .....	91
hidex .....	107	ILUVIEN .....	91
HIPREX .....	32	imatinib mesylate .....	51
HISTEX-AC .....	86	IMBRUVICA .....	51
homatropaire .....	94	IMCIVREE .....	54
HORIZANT .....	75	imipramine .....	118
HUMALOG .....	45	imiquimod .....	124
HUMIRA .....	47	IMPAVIDO .....	46
HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK .....	47	IMPOYZ .....	126
HUMULIN .....	45	IMURAN .....	110
HURRICAIN LUER-LOCK .....	113	INBRIJA .....	55
HYALURONIDASE .....	95	incassia .....	82
HYCANTIN .....	50	INCONTROL .....	112
hydralazine .....	71	INCRELEX .....	107
HYDREA .....	48	INCRUSE ELLIPTA .....	26
hydrochlorothiazide .....	69, 70, 71, 72, 89	indapamide .....	89
hydrocodone bitartrate .....	22	INDOCIN .....	25
hydrocodone bit-ibuprofen .....	21	indomethacin .....	25
hydrocodone-chlorpheniramine .....	86	INFANRIX .....	63
hydrocodone compound .....	86	INFASURF .....	130
hydrocodone/homatropine .....	86	INFINITY .....	112
hydrocodone w/acetaminophen .....	21	INGREZZA .....	75
hydrocortisone .....	91, 104, 106, 107, 125, 126	INLYTA .....	51
hydrocortisone acetate .....	104	INOVA .....	124
hydrogen peroxide .....	122	INSPIRACHAMBER .....	114
hydromet .....	86	INSPIRA .....	89
hydromorphone .....	22	INSTACLEAN .....	134
hydroxocobalamin .....	138	INSULIN LISPRO .....	45
hydroxychloroquine .....	46	INTELENCE .....	57
HYDROXYPROPYLCELLULOSE .....	134	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST .....	88
hydroxyurea .....	48	INTERMEZZO .....	121
hydroxyzine .....	42	INTRON A .....	53
hyophen .....	32	introvale .....	82

## Índice de medicamentos

INVEGA .....	119	juleber .....	82
INVELTYS .....	91	JULUCA .....	56
INVIRASE .....	58	junel .....	82
INVOKAMET .....	44	JUXTAPID .....	73
iodine .....	97, 128	JYNARQUE .....	88, 89
IODOFLEX .....	128	JYNNEOS .....	64
IODOSORB .....	128	<b>K</b>	
IOPIDINE .....	93	KADIAN .....	22
IPOL .....	62	kaitlib .....	82
ipratropium-albuterol .....	27	KALBITOR .....	131
ipratropium bromide .....	27, 90	KALETRA .....	58
irbesartan .....	70, 71	kalliga .....	82
irbesartan-hydrochlorothiazide .....	70	KALYDECO .....	130
IRESSA .....	51	KAPVAY .....	118
ISENTRESS .....	58	KARBINAL .....	42
isibloom .....	82	kariva .....	82
isoflurane .....	23	KEFLEX .....	33
isoniazid .....	32	kelnor .....	82
ISOPROPANOL .....	134	KENALOG .....	126
isopropyl alcohol .....	134	KESIMPTA .....	76
ISOPROPYL ALCOHOL .....	47, 134	KETAMINE .....	121
ISOPTO ATROPINE .....	94	ketoconazole .....	40, 41
ISOPTO CARPINE .....	93	ketodan .....	41
ISORDIL .....	68	ketoprofen .....	26
isosorbide dinitrate .....	68	ketorolac .....	20, 21, 91
isosorbide mononitrate .....	68	KEVEYIS .....	133
isotretinoin .....	122	KINRIX .....	63
isoxsuprine .....	73	kionex .....	97
isradipine .....	66	KISQALI .....	51
itraconazole .....	40	KITABIS PAK .....	31
ivermectin .....	46, 124	KLARITY .....	30, 91, 94
<b>J</b>		KLARITY-A .....	30
JAKAFI .....	49	KLARON .....	123
JALYN .....	136	KLONOPIN .....	77
jantoven .....	38	klor-con .....	97
JANUMET .....	44	KOSELUGO .....	49
JANUVIA .....	43	K-PHOS .....	98
JARDIANCE .....	43	KRINTAFEL .....	46
jasmiel .....	82	KRISTALOSE .....	103
JELMYTO .....	47	k-tab .....	97
JEMPERLI .....	52	K-TAB .....	97
jencycla .....	82	KUVAN .....	134
JETREA .....	95	KYLEENA .....	85
jinteli .....	106	<b>L</b>	
JOENJA .....	130	LACRISERT .....	91
jolessa .....	82	lactulose .....	98, 103
JORNAY .....	118	LAMICTAL .....	78
JUBLIA .....	41	lamivudine .....	57, 59, 60

## Índice de medicamentos

lamivudine-zidovudine .....	57	LEXIVA .....	58
lamotrigine .....	78	lidocaine .....	23, 24, 104, 127
LANOXIN .....	68	LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN .....	24
lansoprazol-amoxicil-clarithro .....	100	lidocaine-hc .....	104, 127
lansoprazole .....	104	lidocaine-prilocaine .....	24
lanthanum carbonate .....	97	LILETTA .....	85
LANTUS .....	45	lillow .....	83
larin .....	82	lindane .....	127
larissia .....	82	linezolid .....	35
LASIX .....	88	LINZESS .....	102
LASTACAFT .....	42	liothyronine .....	129
latanoprost .....	93	LIPOFEN .....	74
LATANOPROST .....	92, 93	lisinopril .....	69, 70, 71
LATUDA .....	119	lisinopril-hctz .....	69
laxaclear .....	103	LITEAIRE .....	114
laxative .....	102, 103	LITE TOUCH .....	112, 113
layolis .....	82	LITETOUCH .....	114
LAZANDA .....	22	lithium .....	116
leena .....	82	LITHOBID .....	116
leflunomide .....	24	LITHOSTAT .....	98
LENVIMA .....	51	LIVALO .....	73
LESCOL .....	73	LIVMARLI .....	102
lessina .....	82	LIVTENCITY .....	59
L.E.T. ....	24	LODINE .....	26
letrozole .....	49	LODOSYN .....	55
leucovorin .....	131	LOKELMA .....	97
LEUKERAN .....	48	LOMAIRA .....	54
LEUKINE .....	79	LOMOTIL .....	99
leuprolide acetate .....	50	LONHALA MAGNAIR .....	27
levabuterol hcl .....	27	LONSURF .....	48
LEVAQUIN .....	35	LOPID .....	74
LEVBID .....	100	lopinavir-ritonavir .....	58
LEVEMIR .....	45	lopreeza .....	106
levetiracetam .....	78	LOPRESSOR .....	72
levobunolol .....	93	LOPROX .....	41
levocarnitine .....	135	lorazepam .....	116
levofloxacin hemihydrate .....	30, 35	LORBRENA .....	51
levonest .....	82	lorcet .....	21
levonorgestrel .....	82	LORTAB .....	21
levonorg-eth estrad eth estrad .....	82, 83	lortuss ex .....	86
levora .....	83	loryna .....	83
levorphanol tartrate .....	22	LORZONE .....	115
LEVO-T .....	129	losartan .....	70, 71
levothyroxine .....	129	losartan-hydrochlorothiazide .....	70
levoxyl .....	129	LOTEMAX .....	91
LEVSIN .....	100	LOTENSIN .....	69, 70
LEVULAN .....	53	LOTENSIN HCT .....	69
LEXETTE .....	126	loteprednol etabonate .....	91

## Índice de medicamentos

LOTRISONE .....	41	MEDISENSE .....	112
lovastatin .....	73	MEDROL .....	107
LOVAZA .....	98	medroxyprogesterone acetate .....	80, 108
low dose aspirin .....	56	mefenamic acid .....	21
low-ogestrel .....	83	mefloquine hcl .....	46
loxapine succinate .....	120	megestrol acetate .....	53, 137
lo-zumandimine .....	83	MEKINIST .....	49
lubiprostone .....	103	MEKTOVI .....	49
LUCENTIS .....	94	melodetta .....	83
ludent fluoride .....	97	meloxicam .....	26
lugol's .....	97	melphalan hcl .....	48
Lumakras .....	49	memantine .....	74, 75
LUMIGAN .....	93	MEMBRANEBLUE .....	95
LUMRYZ .....	121	MENACTRA .....	63
LUPANETA .....	107	me-naphos-mb-hyo 1 .....	32
LUPKYNIS .....	110	M-END PE .....	86
LUPRON DEPOT .....	50, 107, 108	MENOPUR .....	109
lutera .....	83	MENOSTAR .....	106
LUXIQ .....	126	MENVEO .....	63
LUZU .....	41	meperidine hcl .....	22
LYNPARZA .....	51	MEPHYTON .....	138
LYSODREN .....	53	meprobamate .....	116
LYSTEDA .....	64	MEPRON .....	47
LYTGObI .....	51	mercaptopurine .....	48
lyza .....	83	mesalamine .....	101
<b>M</b>		MESNEX .....	131
MACRILEN .....	88	metaproterenol .....	27
MACROBID .....	34	metaxalone .....	115
MACRODANTIN .....	34	metformin .....	43, 44
MACUGEN .....	94	methadone hcl .....	22
mafenide acetate .....	38	methadose .....	22
magnesium .....	103, 104	methamphetamine .....	61
MALARONE .....	46	methazolamide .....	88
malathion .....	127	methenamine hippurate .....	32
maprotiline .....	118	methenamine mandelate .....	32
MAR-COF CG .....	87	methergine .....	108
marlissa .....	83	methimazole .....	129
MARPLAN .....	116	METHITEST .....	105
MASK .....	114	methocarbamol .....	115
MATULANE .....	53	methotrexate .....	48
matzim .....	66	methoxsalen .....	122
MAVENCLAD .....	76	methscopolamine bromide .....	100
MAXITROL .....	29	methyl dopa .....	71
MAXI-TUSS CD .....	86	methyl dopa/hydrochlorothiazide .....	71
MAXZIDE .....	89	methylergonovine maleate .....	108
MAYZENT .....	76	METHYLIN .....	118
m-clear wc .....	87	methylphenidate .....	118, 119
meclofenamate .....	26	methylpred dp .....	107

## Índice de medicamentos

methylprednisolone .....	107	misoprostol .....	25, 100
methyltestosterone .....	105	MITIGARE .....	25
metoclopramide .....	102	MITOSOL .....	94
metolazone .....	89	MKO .....	121
metoprolol-hydrochlorothiazide .....	72	M-M-R II VACCINE W/DILUENT .....	63
metoprolol succinate .....	72	MOBIC .....	26
metoprolol tartrate .....	72	modafinil .....	121
METROCREAM .....	124	moexipril .....	70
METROGEL .....	124	molindone .....	120
METROLOTION .....	125	MOLNUPIRAVIR .....	60
metronidazole .....	31, 36, 124, 125	mometasone .....	90, 126
mexiletine .....	65	mondoxyne nl .....	36
MIACALCIN .....	109	mono-linyah .....	83
miconazole .....	39	MONSEL'S .....	65
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM .....	41	montelukast .....	28
MICROCHAMBER .....	114	MONUROL .....	32
microgestin .....	83	morgidox .....	36
MICROLET .....	112	MORGIDOX .....	36
MICROPLEGIA .....	67	morphine .....	22
MICROSPACER .....	114	MORPHINE .....	22
midazolam .....	121	MOTEGRITY .....	102
midodrine .....	61	MOTOFEN .....	99
MIFEPREX .....	133	MOUNJARO .....	43
mifepristone .....	133	MOUTHPIECE .....	114
migergot .....	20	MOVANTIK .....	39
miglitol .....	43	MOXEZA .....	30
miglustat .....	133	moxifloxacin hcl .....	30, 35
MIGRANAL .....	20	MS CONTIN .....	22
mili .....	83, 84	MUCOSITISRX .....	132
milk of magnesia .....	103	MUGARD .....	132
millipred .....	107	MULTAQ .....	65
mimvey .....	106	multivitamin with fluoride .....	137
MINI LANCING DEVICE .....	112	mupirocin .....	37
MINIMED .....	112	MURI-LUBE MINERAL OIL .....	134
MINIPRESS .....	70	mvc-fluoride .....	137
MINITRAN .....	68	MYALEPT .....	109
MINI TRANSFER PIN .....	113	MYAMBUTOL .....	32
MINOCIN .....	36	MYCAPSSA DR .....	109
minocycline .....	36	my choice .....	83
MINOLIRA ER .....	36	MYCOBUTIN .....	32
minoxidil .....	71	mycophenolate mofetil .....	110
MIOCHOL-E .....	93	mycophenolic acid .....	110
miostat .....	93	MYDAYIS .....	61
miralax .....	103	MYDRIACYL .....	94
MIRAPEX .....	55	MYDRIATIC4 .....	93
MIRENA .....	85	MYFORTIC .....	110
mirtazapine .....	115	MYLERAN .....	48
MIRVASO .....	125	myorisan .....	123

## Índice de medicamentos

MYRBETRIQ .....	137	NEUPRO .....	55
MYSOLINE .....	78	NEUTRASAL .....	132
my way .....	83	nevirapine .....	57
MYXRDLIN .....	45	new day .....	83
<b>N</b>		NEXPLANON .....	80
nabumetone .....	26	NEXVIAZYME .....	134
nadolol .....	72	niacin .....	74
naftifine hcl .....	41	NIACOR .....	74
NAFTIN .....	41	NIASPAN .....	74
NALFON .....	26	nicardipine .....	66
NALOCET .....	21	NICODERM .....	128
naloxone .....	23, 39, 136	nicorelief .....	128, 129
naltrexone .....	39	NICORETTE .....	128, 129
NAMENDA .....	74, 75	nicotine .....	128, 129
NAMZARIC .....	75	NICOTROL .....	129
NAPRELAN .....	26	nifedipine .....	66, 67
NAPROSYN .....	25, 26	nikki .....	83
naproxen .....	20, 25, 26	NILANDRON .....	48
naratriptan hcl .....	19, 20	nilutamide .....	48
NARCAN .....	39	nimodipine .....	67
NARDIL .....	116	NINJACOF-XG .....	87
NASACORT .....	90	NINLARO .....	51
NASCOBAL .....	138	nisoldipine .....	67
NASONEX .....	90	nitisinone .....	133
NATACYN .....	39	nitro-bid .....	68
nateglinide .....	44	NITRO-DUR .....	68
NATESTO .....	105	nitrofurantoin .....	34
NATPARA .....	108	nitrofurantoin macrocrystal .....	34
natura-lax .....	103	nitroglycerin .....	68
nature-throid .....	129	NITROLINGUAL .....	68
NAYZILAM .....	77	NITROMIST .....	68
NEBUPENT .....	47	NITROSTAT .....	68
nebusal .....	133	nitro-time .....	68
NEBUSAL .....	133	NITYR .....	133
necon .....	83	NIVESTYM .....	79
nefazodone .....	117	nizatidine .....	101
neomycin .....	29, 30, 31, 122	NIZORAL .....	41
neomycin/bacitracin/poly/hc .....	29	NOCDURNA .....	105
neomycin/bacitracin/polymyxin .....	30	nolix .....	126
neomycin-polymyxin-dexamethaso .....	29	nora-be .....	83
neomycin/polymyxin/gramicidin .....	30	NORDITROPIN FLEXPPO .....	107
neomycin/polymyxin/hc .....	29	norethindrone acetate .....	83, 108
neo-polycin .....	31	norethindrone-ethinyl estradiol .....	83, 106
neo/polymyxin/dexamethasone .....	29	norethin-eth estra ferrous fum .....	83
NEORAL .....	110	NORGESIC FORTE .....	115
NEO-SYNALAR .....	37	norgestimate-ethinyl estradiol .....	83
NERLYNX .....	51	norgestrel-ethiny estra .....	83
neuac .....	123	NORITATE .....	125



## Índice de medicamentos

norlyda .....	83	olopatadine .....	90
NORPACE .....	66	OLPRUVA .....	98
NORPRAMIN .....	118	OLUX .....	127
nortrel .....	83	OMECLAMOX-PAK .....	100
nortriptyline .....	118	omega-3 acid ethyl esters .....	98
NORVIR .....	58	omeprazole .....	104
NOURIANZ .....	55	omeprazole- bicarbonate .....	104
NOVAMAX .....	87	OMIDRIA .....	93
NOVAREL .....	109	OMNIPAQUE .....	87
NOVOFINE .....	113	OMNIPOD .....	112
NOVOTWIST .....	113	OMNIPOD GO .....	112
NOXAFIL .....	40	OMNITROPE .....	107
np thyroid .....	129	ondansetron .....	99
NUBEQA .....	48	ONE TOUCH .....	87, 112
NUCALA .....	29	ONETOUCH .....	112
NUCORT .....	127	ONE WAY MOUTHPIECE .....	114
NULEV .....	100	ONEXTON .....	123
NULIBRY .....	134	ONFI .....	77
NULYTELY .....	103	opcicon one-step .....	84
NUMBRINO .....	90	OPDIVO .....	52
NUMOISYN .....	132	opium .....	21, 99
NUPLAZID .....	117	OPSUMIT .....	69
NURTEC ODT .....	20	OPTICHAMBER .....	114
NUVARING .....	80	option 2 .....	84
NUVESSA .....	36	ORACEA .....	36
NUZYRA .....	36	ORACIT .....	98
nyamyc .....	41	ORALAIR .....	62
NYMALIZE .....	67	oralone .....	131
nystatin .....	40, 41	ORAMAGICRX .....	132
nystatin w/triamcinolone .....	41	ORAPRED ODT .....	107
nystop .....	41	ORAVIG .....	40
<b>O</b>		ORENITRAM .....	69
OCALIVA .....	101	ORFADIN .....	133
ocella .....	83	ORLISSA .....	108
octreotide acetate .....	109	ORKAMBI .....	130
ocucoat .....	95	ORLADEYO .....	62, 131
OCUFLOX .....	31	orphenadrine .....	115
ODACTRA .....	62	orphenadrine-aspirin-caffeine .....	115
ODEFSEY .....	58	orphengesic forte .....	115
ODOMZO .....	49	orsythia .....	84
OFEV .....	130	ORTHO-NOVUM .....	84
ofloxacin .....	29, 31, 35	oscimin .....	100
of magnesia .....	103	oseltamivir .....	59
ogestrel .....	83	OSELTAMIVIR .....	59
okebo .....	36	oseltamivir phosphate .....	59
olanzapine .....	119, 120	OSENI .....	42
olmesartan-amlodipine-hctz .....	70	OSMOLEX .....	55
olmesartan-hydrochlorothiazide .....	70	OTEZLA .....	24
olmesartan medoxomil .....	71		

## Índice de medicamentos

OTIPRIO .....	29	peg .....	103
OVACE .....	123, 124	PEGANONE .....	78
OVIDE .....	127	PEGASYS .....	60
OVIDREL .....	109	PEG-INTRON .....	60
oxandrolone .....	105	PEMAZYRE .....	51
oxaprozin .....	25, 26	penciclovir .....	60
OXAYDO .....	22	penicillamine .....	24
oxazepam .....	116	penicillin V .....	35
oxcarbazepine .....	78	PENTACEL .....	63
OXERVATE .....	94	pentamidine isethionate .....	47
oxiconazole nitrate .....	41	PENTASA .....	101
OXISTAT .....	41	pentazocine and naloxone hcl .....	23
OXSORALEN-ULTRA .....	122	pentoxifylline .....	65
OXTELLAR .....	78	PEPCID .....	101
oxybutynin chloride .....	137	PERFOROMIST .....	27
oxycodone hcl .....	21, 22, 23	PERIDEX .....	131
oxycodone hcl-ibuprofen .....	21	perindopril erbumine .....	71
oxycodone w/acetaminophen .....	21	periogard .....	131
oxycodone w/aspirin .....	21	permethrin .....	54
OXYCONTIN .....	22	perphenazine .....	117, 120
oxymorphone hcl .....	22	perry .....	115
oxymorphone hcl er .....	22	PHARMABASE .....	124
OXYTROL .....	137	PHEBURANE .....	98
OZEMPIC .....	43	phenadoz .....	99
OZURDEX .....	91	phenazopyridine hcl .....	24
<b>P</b>		phendimetrazine tartrate .....	54
pacerone .....	66	phenelzine .....	116
paliperidone .....	119	phenobarbital .....	100, 121
PALYNZIQ .....	62	phenohydro .....	100
PAMELOR .....	118	phenoxybenzamine .....	62
PANDA MASK .....	114	phentermine .....	53, 54
PANDEL .....	127	phenylbutyrate .....	98
PANRETIN .....	53	phenylephrine .....	93
pantoprazole .....	104	PHENYTEK .....	78
PARAGARD .....	85	phenytoin .....	77, 78
PAREMYD .....	94	philith .....	84
paricalcitol .....	132	PHOSLYRA .....	97
PARLODEL .....	55	phosphasal .....	32
PARNATE .....	116	PHOSPHOLINE IODIDE .....	93
paromomycin .....	46	PHOTREXA .....	91
paroxetine .....	117, 133	PHYSIOLYTE .....	122
PASER .....	32	PHYSIOSOL .....	122
PATANASE .....	90	phytonadione .....	138
PAXIL .....	117	PICATO .....	53
PAXLOVID .....	60	pilocarpine .....	62, 92, 93
PEDIARIX .....	64	pimecrolimus .....	110
PEDIATRIC PANDA MASK .....	114	pimozide .....	119
PEDVAXHIB .....	63	pimtrea .....	84
		pindolol .....	72

## Índice de medicamentos

pioglitazone .....	44	PREDNISOLONE-NEPAFENAC .....	92
pioglitazone-glimepiride .....	44	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM .....	30
pioglitazone-metformin .....	44	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN .....	29
PIQRAY .....	51	prednisolone phos odt .....	107
pirfenidone .....	133	prednisolone phosphate .....	91, 107
pirmella .....	84	prednisone .....	107
piroxicam .....	25, 26	PREFEST .....	106
PLAN B ONE-STEP .....	84	pregabalin .....	78
PLEGISOL .....	67	PREGNYL .....	109
PLEGRIDY .....	76	prenatal .....	115
PLEXION .....	38	prenatal complete .....	115
PNEUMOVAX .....	63	prenatal formula .....	115
POCKET CHAMBER .....	114	prenatal multi + dha .....	115
podofilox .....	124	prenatal vitamin .....	115
polycin .....	31	prenavite .....	115
polyethylene glycol .....	103	PREPIDIL .....	108
polymyxin b sul-trimethoprim .....	31	PREPOIK .....	103
polystyrene sulfonate .....	97	PRESTALIA .....	69
POLYTRIM .....	31	PRETOMANID .....	33
POLY-TUSSIN AC .....	86	prevalite .....	74
POMALYST .....	50	PREVIDENT .....	95
PONVORY .....	76	previfem .....	84
PONVORY 20 MG TABLET .....	76	PREVNAR .....	63
portia .....	84	PREVMIS .....	59
posaconazole .....	40	PREZISTA .....	56
powderlax .....	103	PRIFTIN .....	33
pramipexole .....	55	PRIMAQUINE BRAND .....	46
pramipexole di-hcl .....	55	primaquine generic .....	46
PRAMOSONE .....	127	PRIMEAIRE .....	114
pramoxine hcl w/hydrocortisone .....	104	primidone .....	78
prasugrel .....	56	PRIMSOL .....	32
pravastatin .....	73	PRINIVIL .....	71
praziquantel .....	46	PRIORIX VIAL .....	63
prazosin .....	70	probenecid .....	26
PR BENZOYL PEROXIDE .....	124	PROBUPHINE .....	136
PRECISION .....	87	PROCARDIA .....	67
PRECOSE .....	43	procentra .....	61
PRED FORTE .....	91	PROCHAMBER .....	114
PRED-G .....	29	prochlorperazine maleate .....	99
prednicarbate .....	127	PRO COMFORT SPACER WITH MASK .....	114
prednisolone .....	30, 91, 92, 107	PROCORT .....	104
prednisolone acetate .....	92	PROCRIT .....	79
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN .....	29	PROCTOCORT .....	104
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF .....	30	procto-med hc .....	127
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF .....	30	procto-pak .....	127
PREDNISOLONE-BROMFENAC .....	92	proctosol-hc .....	127
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN .....	29	proctozone-hc .....	127
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC .....	30	PRODIGY .....	112

## Índice de medicamentos

progesterone .....	108	quinapril .....	69, 70, 71
PROGLYCEM .....	96	quinapril-hydrochlorothiazide .....	69
PROGRAF .....	110	quinidine .....	66
PROLENSA .....	92	quinine .....	46
PROMACTA .....	79	quit .....	129
promethazine .....	41, 42, 86, 99	QULIPTA .....	20
promethazine vc .....	41, 86	QUVIVIQ .....	121
promethazine vc w/codeine .....	86	QVAR REDIHALER .....	28
promethegan .....	99	<b>R</b>	
PROMETRIUM .....	108	rabeprazole .....	104
propafenone .....	66	RADICAVA .....	75
propranolol .....	72	RADIOGARDASE .....	134
propanteline bromide .....	98	RAGWITEK .....	62
proparacaine-fluorescein .....	92	raloxifene .....	135
proparacaine hcl .....	92	ramelteon .....	121
propranolol .....	72	ramipril .....	70, 71
propylthiouracil .....	129	ranolazine .....	65
PROQUAD .....	63	RAPAMUNE .....	110
PROSCAR .....	136	RAPID RESPONSE COVID-19 TEST .....	88
PROSTIN .....	108	rasagiline mesylate .....	55
PROTHELIAL .....	132	RASUVO .....	24
PROTOPIC .....	110	RAVICTI .....	98
protriptyline .....	118	RAYALDEE .....	132
PROVERA .....	80, 108	RAYOS .....	107
PROVISC .....	95	RAZADYNE .....	61
PROVOCHOLINE .....	87	REBIF .....	76
prudoxin .....	123	reclipsen .....	84
PSORCON .....	127	RECOMBIVAX HB .....	64
pulmosal .....	133	RECOTHROM .....	65
PULMOZYME .....	130	RECTIV .....	103
purelax .....	103	REGIMEX .....	54
PURIXAN .....	48	REGLAN .....	102
pyrazinamide .....	32	REGRANEX .....	124
PYRIDIUM .....	24	RELENZA .....	59
pyridostigmine bromide .....	61	relion .....	96
PYRUKYND .....	64, 65	RELISTOR .....	39
<b>Q</b>		REMERON .....	115
QBREXZA .....	125	RENACIDIN .....	98
QELBREE ER .....	119	rena-vite .....	138
QMIIZ ODT .....	26	REVELA .....	97
QSYMIA .....	54	repaglinide .....	44
QUADRACEL .....	64	REPATHA .....	73
QUALAQUIN .....	46	REQUIP .....	55
QUDEXY .....	78	RESECTISOL .....	88
QUESTRAN .....	74	RESTASIS .....	94
quetiapine fumarate .....	119	RESTORIL .....	121
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST .....	88	RETACRIT .....	79
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST .....	88	RETIN-A .....	128
QUILLICHEW .....	119	RETISERT .....	92
QUILLIVANT .....	119		

## Índice de medicamentos

RETROVIR .....	57	RYCLORA .....	42
REVATIO .....	68	RYDAPT .....	51
REVLIMID .....	50	RYLAZE .....	53
REXULTI .....	120	RYTARY .....	55
REYATAZ .....	58	RYTHMOL .....	66
REYVOW .....	20	RYVENT .....	42
REZUROCK .....	136	<b>S</b>	
RHINOCORT .....	90	SABRIL .....	78
RHOFADE .....	125	SALAGEN .....	62
ribavirin .....	59, 60	SALIVAMAX .....	132
RIDAURA .....	25	salsalate .....	24
rifabutin .....	32, 33	SAMSCA .....	88
RIFADIN .....	33	SANCUSO .....	99
RIFAMATE .....	33	SANDIMMUNE .....	110, 111
rifampin .....	33	SANDOSTATIN .....	109
RIFATER .....	33	SANTYL .....	128
RILUTEK .....	75	SARAFEM .....	117
riluzole .....	75	SAXENDA .....	54
rimantadine .....	59	SCALACORT DK .....	127
RIMSO-50 .....	23	SCSEMBLIX .....	51
RINVOQ ER .....	25	SCLEROSOL .....	131
RINVOQ ER 30MG TABLET .....	25	scopolamine .....	99
RIOMET .....	43	seconal .....	121
risedronate .....	135	SECUADO .....	120
RISPERDAL .....	119	SEEBRI .....	27
risperidone .....	119	SEEBRI NEOHALER .....	27
RITALIN .....	119	SEGLUROMET .....	44
RITEFLO .....	114	selegiline .....	55
ritonavir .....	58	selenium sulfide .....	124
rivastigmine .....	61	SELRX .....	124
rivelsa .....	84	SELZENTRY .....	57
rizatriptan .....	20	SEMGLEE .....	45
ROBAXIN .....	115	SEMPREX-D .....	42
ROCALTROL .....	138	SEREVENT .....	27
ropinirole .....	55	SERNIVO .....	127
rosadan .....	125	SEROSTIM .....	107
ROSADAN .....	125	setlakin .....	84
rosuvastatin .....	73	sevelamer .....	97
ROTARIX .....	62	sevelamer carbonate .....	97
ROTATEQ .....	62	sevoflurane .....	23
ROWASA .....	101	SEYSARA .....	36
roweepra .....	78	sf .....	95, 135
ROXICODONE .....	23	SFROWASA .....	101
ROZLYTREK .....	51	sharobel .....	84
RUBRACA .....	51	SHINGRIX .....	64
RUCONEST .....	131	SIDESTREAM PEDIATRIC .....	114
RUZURGI .....	76	SIGNIFOR .....	109
RYALTRIS .....	90	sildenafil .....	68
RYBELSUS .....	43	SILENOR .....	121

## Índice de medicamentos

SILICONE MASK .....	114	ssd .....	38
silodosin .....	136	SSKI .....	97
SILVADENE .....	38	sss .....	38
silver sulfadiazine .....	38	STALEVO .....	55
SIMBRINZA .....	92	STARLIX .....	44
simliya .....	84	stavudine .....	57
simpesse .....	84	STEGLATRO .....	43
SIMPONI .....	47	STEGLUJAN .....	44
simvastatin .....	73	STELARA .....	110
SINEMET .....	55	STERILE TALC .....	131
SINUVA .....	90	STERITALC .....	131
sirolimus .....	110, 111	STIMATE .....	105
SIRTURO .....	33	STIOLTO RESPIMAT .....	27
SIVEXTRO .....	35	STIVARGA .....	51
SKELAXIN .....	115	st. joseph aspirin .....	56
SKLICE .....	54	stop smoking aid .....	129
SKYLA .....	85	STRENSIQ .....	134
SKYRIZI .....	110, 122	STRIANT .....	105
smoothlax .....	103	STROMECTOL .....	46
SODIUM CITRATE .....	38, 39	strong iodine .....	97
sodium fluoride .....	95	SUBOXONE .....	136
SODIUM OXYBATE .....	121	subvenite .....	78, 79
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA .....	88	SUCRAID .....	101
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST .....	88	sucralfate .....	99, 100
solifenacin succinate .....	137	SULAR .....	67
SOLIQUA .....	43	sulfacetamide .....	30, 38, 123, 124
SOLODYN .....	36	sulfacetamide w/prednisolone .....	30
SOLOSEC .....	31	sulfacleanse .....	38
SOLTAMOX .....	53	sulfadiazine .....	31, 38
SOMA .....	115	sulfamethoxazole/trimethoprim .....	31
SOMATULINE DEPOT .....	109	SULFAMYLON .....	38
SOMAVERT .....	132	sulfasalazine .....	101
SOOLANTRA .....	125	sulfatrim .....	31
SORIATANE .....	122	sulindac .....	26
sorine .....	72	SUMADAN .....	38
sotalol .....	72	sumatriptan .....	20
SOTYLIZE .....	72	sumatriptan succ-naproxen sod .....	20
SPECTRACEF .....	33	SUMAXIN .....	38
spinosad .....	54	SUNLENCA .....	56
SPIRIVA .....	27	SUNOSI .....	121
spironolactone .....	89	super b complex .....	138
SPORANOX .....	40	super b complex-vitamin c .....	138
sprintec .....	84	super b-complex w/vitamin c .....	137
SPRITAM .....	78	SUPPRELIN LA .....	108
SPRIX .....	20	SUPRANE .....	23
SPRYCEL .....	51	SUPRAX .....	33
sps .....	97	SURVANTA .....	130
sronyx .....	84	SUSTIVA .....	57
ss .....	38		

## Índice de medicamentos

SUTENT .....	51	tazarotene .....	123
syeda .....	84	TAZORAC .....	123
SYLATRON .....	50	taztia .....	67
SYMAX DUOTAB .....	100	TAZVERIK .....	50
symax-sl .....	100	TC99M SULFUR COLLOID PREP .....	87
symax-sr .....	100	TEGRETOL .....	79
SYMBICORT .....	28	TEGSEDI .....	133
SYMBYAX .....	120	TEKTRUNA .....	73
SYMDEKO .....	130	telmisartan .....	70, 71
SYMFI .....	58	telmisartan-amlodipine .....	70
SYMJEPI .....	60	telmisartan-hydrochlorothiazid .....	70
SYMLINPEN .....	43	temazepam .....	121
SYMPAZAN .....	77	TEMIXYS .....	56
SYMPROIC .....	39	TEMODAR .....	48
SYMTUZA .....	56	TEMOVATE .....	127
SYNALAR .....	37, 127	temozolomide .....	48
SYNAREL .....	108	tencon .....	19
SYNDROS .....	99	TENIVAC .....	64
SYNERA .....	24	tenofovir disoproxil fumarate .....	57
SYNJARDY .....	44	TENORETIC .....	72
SYPRINE .....	134	TENORMIN .....	72
SYRINGE AVITENE .....	65	terazosin .....	70
<b>T</b>		terbinafine .....	40
TABLOID .....	49	terbutaline .....	27
TABRECTA .....	51	terconazole .....	39
TACHOSIL .....	65	terrell .....	23
TACLONEX .....	128	TESSALON PERLE .....	85
tacrolimus .....	110, 111	testosterone .....	105
tadalafil .....	68	TESTOSTERONE .....	105
TAFINLAR .....	49	testosterone cypionate .....	105
TAGRISSO .....	51	testosterone enanthate .....	105
TAKE ACTION .....	84	TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS .....	64
TAKHZYRO .....	62, 131	tetrabenazine .....	75
TALICIA .....	100	tetracaine .....	92
TALTZ .....	122	tetracycline hcl .....	36
TALZENNA .....	52	TEXACORT .....	127
TAMIFLU .....	59	TEZSPIRE .....	130
tamoxifen .....	53	T:FLEX .....	112
tamsulosin .....	136	THALOMID .....	32
TAPAZOLE .....	129	THEO-24 .....	29
TAPERDEX .....	107	theophylline anhydrous .....	29
TARCEVA .....	52	THIOLA .....	136
TARGADOX .....	36	thioridazine .....	120
TARGRETIN .....	53	thiothixene .....	120
tarina fe .....	84	THROMBI-GEL .....	65
TARKA .....	69	THROMBIN-JMI .....	65
TARPEYO .....	107	THROMBI-PAD .....	65
TASIGNA .....	52	thyroid .....	129
TASMAR .....	55	tiadylt .....	67

## Índice de medicamentos

tiagabine .....	78, 79	TREATOR .....	33
TIAZAC .....	67	TRELEGY ELLIPTA .....	28
TIBSOVO .....	52	TREMFYA .....	122
TIGAN .....	99	TRESIBA .....	45
TIGLUTIK .....	75	tretinoin .....	53, 123, 128
tilia fe .....	84	TREXALL .....	49
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE .....	92	TREZIX .....	21
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP .....	92	triamcinolone acetonide .....	126, 127, 131
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST .....	92	TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN .....	30
TIMOLOL-LATANOPROST .....	92	triamterene .....	89
timolol maleate .....	72, 92	trianex .....	127
TIMOPTIC .....	92	triazolam .....	121
tinidazole .....	46	tri-buffered aspirin .....	19
TISSEEL VHSD .....	125	triderm .....	127
TIVICAY .....	58	TRIDESILON .....	127
tizanidine .....	115	trientine .....	134
TOBI PODHALER .....	31	TRIESENCE .....	92
TOBRADEX EYE DROPS .....	29	tri-estarylla .....	84
TOBRADEX EYE OINTMENT .....	30	tri femynor .....	84
tobramycin .....	29, 30, 31	trifluoperazine hcl .....	120
tobramycin-dexamethasone .....	29, 30	trifluridine .....	58
TOBEX .....	31	TRIGLIDE .....	74
TODAY .....	80	trihexyphenidyl hcl .....	54
TOLAK .....	53	TRIKAFTA .....	130
tolcapone .....	55	tri-legest fe .....	84
tolmetin .....	26	tri-linyah .....	84
tolterodine tartrate .....	137	TRILIPIX .....	74
TOPICORT .....	127	tri-lo-estarylla .....	84
topiramate .....	79	tri-lo-marzia .....	84
topiramate er .....	79	tri-lo-mili .....	84
toremifene .....	53	tri-lo-sprintec .....	84
torseamide .....	88	trilyte .....	103
TOSYMRA .....	20	trimethobenzamide .....	99
TOUJEO .....	45	trimethoprim .....	31, 32
tovet emollient .....	127	tri-mili .....	84
TOVIAZ .....	137	trimipramine maleate .....	118
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION .....	87	TRINTELLIX .....	117
TRACLEER .....	69	tri-previfem .....	84
tramadol hcl .....	21, 23	TRISODIUM CITRATE CRRT .....	39
tramadol hcl-acetaminophen .....	21	tri-sprintec .....	84
tramadol hcl er .....	23	TRIUMEQ .....	56
trandolapril .....	69, 71	tri-vitamin with fluoride .....	138
trandolapril-verapamil .....	69	trivora .....	85
tranexamic acid .....	64	tri-vylibra .....	85
TRANXENE .....	116	TRIZIVIR .....	57
tranlycypromine .....	116	TROKENDI .....	79
travoprost .....	92	tropicamide .....	94
trazodone .....	117	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE .....	94
		TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE .....	94



## Índice de medicamentos

trosipium chloride .....	137	uro-mp .....	32
TRUDHESA .....	20	URSO .....	101
TRUECONTROL .....	113	ursodiol .....	100, 101
TRUE METRIX .....	112	uryl .....	32
TRUEPLUS .....	96	ustell .....	32
TRULANCE .....	102	UTIBRON .....	28
TRULICITY .....	43	UTIBRON NEOHALER .....	28
TRUMENBA .....	63	utira-c .....	32
TRUSELTIQ .....	52	<b>V</b>	
TRUSOPT .....	92	valacyclovir .....	59
T:SLIM .....	112	VALCHLOR .....	53
TUKYSA .....	52	VALCYTE .....	59
tulana .....	85	valganciclovir .....	59
TURALIO .....	52	valproic acid .....	79
TUSSICAPS .....	86	valsartan .....	70, 71
TUXARIN .....	86	valsartan-hydrochlorothiazide .....	70
TUZISTRA .....	86	VALTOCO .....	77
TWINRIX .....	64	VANATOL .....	19
TYBOST .....	130	VANCOGIN .....	36
tydemy .....	85	vancomycin .....	36, 37
TYKERB .....	52	vandazole .....	36
TYLENOL W/CODEINE .....	21	VANTAS .....	50
TYMLOS .....	109	VAQTA .....	64
TYSABRI .....	135	VARIVAX .....	64
TYVASO .....	69	VARUBI .....	99
<b>U</b>		VASCEPA .....	98
UBRELVY .....	20	VASERETIC .....	69
UCERIS .....	104, 107	VASOTEC .....	71
ULESFIA .....	54	VAXCHORA .....	63
ULTANE .....	23	vcf .....	80
ULTI-LANCE .....	113	VECAMYL .....	71
ULTRACET .....	21	VECTICAL .....	123
ULTRAFOAM .....	65	velivet .....	85
ULTRAM .....	23	VELPHORO .....	97
ULTRAVATE .....	127	VELTASSA .....	97
UNISTIK .....	113	VEMLIDY .....	60
unithroid .....	129	VENCLEXTA .....	52
UPTRAVI .....	69	venlafaxine .....	117
UPTRAVI TITRATION PACK .....	69	VENTAVIS .....	69
URECHOLINE .....	62	verapamil .....	66, 67, 69
URELLE .....	32	VEREGEN .....	60
uretron d-s .....	32	VERELAN .....	67
URIBEL .....	32	VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B .....	88
urimar-t .....	32	VERQUVO .....	68
urin d.s. ....	32	VERSACLOZ .....	120
uro-458 .....	32	VERZENIO .....	52
uroav-b .....	32	VFEND .....	40
UROCIT-K .....	98	VGO .....	113
urogesic .....	32	VIBERZI .....	102

## Índice de medicamentos

VIBRAMYCIN .....	36	VYLEESI .....	119
vicodin hp .....	21	vylibra .....	85
VIEKIRA .....	59	VYNDAMAX .....	134
vienva .....	85	VYNDAQEL .....	134
vigadrone .....	79	VYVANSE .....	118
VIGADRONE .....	79	VYZULTA .....	92
VIGAMOX .....	31	W	
VIJOICE .....	130	WAKIX .....	79
vilamit mb .....	32	warfarin .....	38
vilelev mb .....	32	WEGOVY .....	54
VIMPAT .....	79	WELIREG .....	52
VIOKACE .....	103	wera .....	85
viorele .....	85	westhroid .....	129
VIRACEPT .....	58	WIDE SEAL DIAPHRAGM .....	85
VIRAMUNE .....	57	wixela inhub .....	28
VIRAZOLE .....	59	women's gentle laxative .....	103
VIREAD .....	57	women's laxative .....	103
virtussin ac .....	87	wymzya fe .....	85
virtussin dac .....	86	X	
VISCOAT .....	95	XACIATO .....	36
VISIONBLUE .....	95	XALKORI .....	52
VISTARIL .....	42	XARELTO .....	39
VISTOGARD .....	131	XELJANZ .....	25
vitamin b complex .....	137, 138	XELODA .....	49
vitamin b-complex & c .....	138	XENICAL .....	54
vitamin b complex with c .....	137	XENLETA .....	35
vitamin d2 .....	138	XEPI .....	37
vitamin k .....	138	XERMELO .....	99
vitamins a, c, d & fluoride .....	138	XEROSTOMIA RELIEF .....	132
VITRAKVI .....	52	XHANCE .....	90
VIVJOA .....	40	XIFAXAN .....	35
VIVOTIF .....	62	XIGDUO .....	44
VIZIMPRO .....	52	XIIDRA .....	94
VOGELXO .....	105	XOFLUZA .....	59
VOLTAREN .....	122	XOLAIR .....	28, 29
VONJO .....	52	XOPENEX .....	27
voriconazole .....	40	XOSPATA .....	52
VORTEX .....	114	XTANDI .....	48
VOSEVI .....	59	xulane .....	85
VOTRIENT .....	52	XULTOPHY .....	43
VOWST .....	101	XURIDEN .....	96
VOXZOGO .....	134	XYOSTED .....	105
VRAYLAR .....	120	XYREM .....	121
VTAMA .....	123, 124	XYWAV .....	121
vtol lq .....	19	Y	
VUMERITY .....	76	YAZ .....	85
VUSION .....	41	YERVOY .....	53
vyfemla .....	85	YONSA .....	48
		YUPELRI .....	27

## Índice de medicamentos

YUTIQ .....	92	ZOVIRAX .....	59, 60
yuvafem .....	109	ZTALMY .....	79
<b>Z</b>		ZTLIDO .....	24
zafirlukast .....	28	Z-TUSS AC .....	86
zaleplon .....	121	ZUBSOLV .....	136
ZANAFLEX .....	115	zumandimine .....	83, 85
zarah .....	85	ZUPLENZ .....	99
ZARONTIN .....	79	ZYDELIG .....	52
ZARXIO .....	79	ZYFLO .....	26
zebutal .....	19	ZYKADIA .....	52
ZEJULA .....	52	ZYLOPRIM .....	25
ZELBORAF .....	49	ZYMAXID .....	31
ZELNORM .....	102	ZYPITAMAG .....	73
ZEMBRACE SYMTOUCH .....	20	ZYPREXA .....	120
ZEMPLAR .....	132	ZYVOX .....	35
zenatane .....	123		
ZENPEP .....	103		
zenzedi .....	61		
ZENZEDI .....	61		
ZEPATIER .....	60		
ZEPOSIA .....	76		
ZESTORETIC .....	69		
ZESTRIL .....	71		
ZIAC .....	72		
ZIAGEN .....	57		
ZIANA .....	123		
zidovudine .....	57		
ZIEXTENZO .....	79		
zileuton .....	26		
zinc oxide .....	124		
ziprasidone .....	119, 120		
ZIRGAN .....	58		
ZITHROMAX .....	34		
ZOFRAN .....	99		
ZOKINVY .....	130		
ZOLADEX .....	50		
ZOLINZA .....	48		
zolmitriptan odt .....	20		
zolpidem tartrate .....	121, 122		
ZOLPIMIST .....	122		
ZOMIG .....	20		
ZONALON .....	123		
zonisamide .....	79		
ZONTIVITY .....	56		
ZORBTIVE .....	107		
ZORTRESS .....	111		
ZORYVE .....	123, 124		
ZOSTAVAX .....	64		
zovia .....	85		

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna Healthcare. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en **myCigna** no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite **myCigna** para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
4. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. *Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan.

**Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.**

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna Healthcare of Arizona, Inc., Cigna Healthcare of California, Inc., Cigna Healthcare of Colorado, Inc., Cigna Healthcare of Connecticut, Inc., Cigna Healthcare of Florida, Inc., Cigna Healthcare of Georgia, Inc., Cigna Healthcare of Illinois, Inc., Cigna Healthcare of Indiana, Inc., Cigna Healthcare of St. Louis, Inc., Cigna Healthcare of North Carolina, Inc., Cigna Healthcare of New Jersey, Inc., Cigna Healthcare of South Carolina, Inc., Cigna Healthcare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com). También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## Proficiency of Language Assistance Services

**English** – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

**Spanish** – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Chinese** – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

**Vietnamese** – XIN LỜI Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

**Korean** – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

**Tagalog** – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

**Russian** – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

**Arabic** – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

**French Creole** – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

**French** – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

**Portuguese** – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

**Polish** – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

**Japanese** – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Italian** – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

**German** – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

**Persian (Farsi)** – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).