



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

Health Maintenance Organization (HMO), Network, Network Point of Service (POS)

Consulte su Lista de medicamentos en línea: 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.
975749SP 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	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	14
Lista de medicamentos con receta	16
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	145
Índice de medicamentos	146

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 myCigna¹ 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 HealthcareSM. 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 aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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)
- Alergias
- Problemas de vejiga
- Problemas respiratorios
- Depresión
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Osteoporosis
- Dolor
- Condiciones cutáneas
- Trastornos del sueño

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.

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 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 para que su plan cubra su medicamento, Cigna

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 médicamente 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.

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 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. Recientemente eliminaron mi medicamento de la Lista de medicamentos. Mi médico quiere que lo siga tomando de todos modos. ¿Qué debo hacer para que esté cubierto?

R. No es necesario que haga nada. Si su médico le sigue recetando el medicamento, nosotros seguiremos cubriéndolo. Si su medicamento ya requiere autorización previa, su médico solo tiene que seguir solicitando (y recibiendo) la aprobación de Cigna Healthcare para que el medicamento esté cubierto.

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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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** 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.

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 médicamente apropiado para la persona asegurada.
3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad médicamente 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 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.²

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.³ 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.³

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.³ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Me pueden despachar mi receta en cualquier farmacia de mi red?

R. Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. 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.

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.

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.⁴

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 adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez⁶
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

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)⁶ 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).⁷ 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 adicional⁵
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- 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?

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)⁶ 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.⁴ 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.⁴
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.⁴

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.⁴ 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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.²
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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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** 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 nutritiva prenatal y derrame cerebral.

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. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita 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, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.
- **Persona inscrita:** Una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento con receta. Si una persona inscrita, o la persona designada por ella, o el proveedor de cuidado de la salud que emite recetas envía una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento con receta, el plan de salud debe cubrir el medicamento con receta cuando se determine que es medicamento necesario para tratar la condición de la persona inscrita.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando una persona inscrita sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando la persona inscrita se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario:** La lista completa de medicamentos preferidos para usar y elegibles para tener cobertura en virtud de un producto de plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos conforme al beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios del producto de plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de medicamentos con receta.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento igual a su equivalente de marca en términos de dosis, seguridad, concentración, forma de tomarse, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico está escrito en minúscula cursiva y negrita.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en el Formulario del plan de salud.
- **Costos de desembolso:** Los copagos, el coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos de los servicios de cuidado de la salud que el plan de salud no cubre.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud autorizado para emitir una receta para tratar una condición médica para una persona inscrita en un plan de salud.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas para una persona inscrita específica, que contiene el nombre del medicamento con receta, la cantidad, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que emite recetas, la firma del proveedor que emite recetas si la receta se emite por escrito, y si así lo solicita la persona inscrita, la condición médica o el fin para los cuales se receta el medicamento.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento recetado por el proveedor que emite recetas de la persona inscrita y que requiere una receta conforme a la ley aplicable.
- **Autorización previa:** El requisito de un plan de salud de que la persona inscrita o el proveedor que emite recetas de la persona inscrita obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento con receta antes de cubrir el medicamento. El plan de salud debe otorgar una autorización previa cuando sea medicamento necesario que la persona inscrita obtenga el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Un proceso que especifica la secuencia en la cual se recetan diferentes medicamentos con receta para una condición médica determinada y medicamento apropiados para un paciente en particular. Es posible que el plan de salud le exija a la persona inscrita probar uno o más medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de salud deberá hacer excepciones al tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.
- **Suscriptor:** La persona responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, salvo la de ser dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para ser miembro del plan.

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

(PA)	Autorización previa: Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura (PA) junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.
(QL)	Límites a la cantidad: 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 (QL) junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
(ST)	Tratamiento escalonado: 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 (ST) junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
(AGE)	Requisitos de edad: Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura (AGE) 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.
(SP)	Los medicamentos de especialidad 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 SP junto al nombre.
(HD)	Medicamentos para entrega a domicilio: Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio. Estos medicamentos tienen la abreviatura HD 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.
(PPACA)	Medicamentos preventivos sin costos compartidos: 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 PPACA junto al nombre.
(CSL)	Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos: 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 CSL 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.

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS			
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)	
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<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-caffe</i>)	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE (<i>zebutal</i>)	T3	QL (6 caps/day)	Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento.
FIORICET (<i>phrenilin forte</i>)	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (según el inglés) dentro de cada columna.
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA .
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)	Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva
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
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	46, 47
Analgésicos (condiciones urinarias)	23	Antiinfecciosos/Varios (varios)	47
Anestésicos (varios)	23	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	47
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23, 24	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	47
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (cáncer)	47-53
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	53
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24-26	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	53, 54
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	26-29	Antiparasitarios (infecciones)	54
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	29	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	54, 55
Antibióticos (condiciones oculares)	29-31	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	55, 56
Antibióticos (infecciones)	31-37	Antivíricos (SIDA/VIH)	56-58
Antibióticos (condiciones cutáneas)	37, 38	Antivíricos (condiciones oculares)	58
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38, 39	Antivíricos (infecciones)	59, 60
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	39	Antivíricos (condiciones cutáneas)	60
Antídotos (abuso de sustancias)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	60
Antimicóticos (condiciones oculares)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	61
Antimicóticos (productos femeninos)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	61
Antimicóticos (infecciones)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	61, 62
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	40, 41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	62
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	41, 42	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	62
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	42	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	62
Antihistamínicos (condiciones oculares)	42	Productos biológicos (varios)	62
Antihiper glucémicos (diabetes)	42-45	Productos biológicos (vacunas)	62-64
Antiinfecciosos (productos dentales)	45		
Antiinfecciosos (infecciones)	45		
Antiinfecciosos/Varios (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 (medicamentos para el colesterol)	95
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	65	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	95, 96
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	65-68	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	96
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	68, 69	Elect./calóricos/H2O (varios)	96
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	69-73	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	96, 97
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	73, 74	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	98
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	74, 75	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	98
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	75	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	98-1045
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	75, 76	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	104
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	77	Hormonas (agentes hormonales)	105-109
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	77-79	Hormonas (infertilidad)	109
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	79	Hormonas (varias)	109
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	79	Hormonas (productos para la osteoporosis)	109
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	80-85	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	110
Anticonceptivos (varios)	85	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	110
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	85-87	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	110, 111
Diagnóstico (diabetes)	87	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	111-113
Diagnóstico (varios)	87, 88	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	113, 114
Diuréticos (diuréticos)	88, 89	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	114, 115
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	90	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	115
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	90, 91	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	115-118
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	91-95	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	118, 119
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	119, 120
		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
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	128, 129
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	129
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	130
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	130
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	130
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	130, 131
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	131
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	131
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	131
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	132
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	132
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	133, 134
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	135
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	135
Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	135
Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	135, 136
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	136
Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	136
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	136
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	136, 137
Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	137
Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	137, 138

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
ALLZITAL	T3	PA
<i>tencon</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital-asp-caffeine</i> (Fiorinal)	T1	
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<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	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<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
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<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
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T3	ST QL
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ketorolac</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<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
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone w/aspirin</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
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 & 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
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<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
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<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		
CETACAIN 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
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)		
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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COLCHICINA (cont.)		
MITIGARE	T2	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
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
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS	T3	ST HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC (<i>diclofenac -misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ketoprofen</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate</i>	T1	HD
<i>meloxicam 15mg tablet (Mobic)</i>	T1	HD
<i>meloxicam 7.5mg tablet (Mobic)</i>	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 (Relafen)</i>	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 (Naprelan)</i>	T1	ST
<i>naproxen (Anaprox DS)</i>	T1	HD
<i>naproxen (EC-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin (Daypro)</i>	T1	HD
<i>piroxicam (Feldene)</i>	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
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib (Celebrex)</i>	T1	HD
<i>celecoxib</i>	T1	HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid w/colchicine</i>	T1	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	PA HD
ZYFLO	T3	PA HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA (cont.)		
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
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T3	QL HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<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	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 Units/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
BROVANA	T3	QL HD
PERFOROMIST	T3	QL HD
SEREVENT DISKUS	T2	QL HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)		
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
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>breyza 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
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
TRELEGY ELLIPTA	T2	QL
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
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
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA ST QL SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast (Singulair)</i>	T1	HD
<i>zafirlukast (Accolate)</i>	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE) (cont.)		
XOLAIR 75MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T4	PA QL SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin)	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<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
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRODEX	T2	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	T3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
<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</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	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</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
<i>neo-polycin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflor)	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	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
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	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
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
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
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
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T3	
hyophen	T1	
<i>me-naphos-mb-hyo 1</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL	T3	
<i>phosphasal</i> (Uretron D-S)	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URELLE	T3	
<i>uretron d-s</i> (Uretron D-S)	T1	
URIBEL	T3	
<i>urimar-t</i>	T1	
<i>urin d.s.</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>uro-458</i> (Urelle)	T1	
<i>uroav-b</i> (Uribel)	T1	
<i>urogesic</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>uro-mp</i> (Uribel)	T1	
<i>uryl</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>ustell</i>	T1	
<i>utira-c</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>vilamit mb</i> (Uribel)	T1	
<i>vilevev mb</i> (Urelle)	T1	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID 50mg, 100mg CAPSULES	T4	PA QL SP HD
THALOMID 150mg, 200mg CAPSULES	T4	PA QL SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)		
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECATOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
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
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL(84 MLS/FILL) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</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	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.)		
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	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<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)
<i>e.e.s.</i>	T1	
<i>E.E.S. (erythromycin ethyl)</i>	T3	
<i>ERYPED (erythromycin ethyl)</i>	T3	
<i>ery-tab</i>	T1	
<i>erythrocin stearate</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin (Ery-Tab)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 200)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (Eryped 400)</i>	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
<i>ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (azithromycin)</i>	T3	QL (2 Packets/68 Days)
<i>ZITHROMAX 100MG/5 ML SUSPENSION (azithromycin)</i>	T3	QL (195ML/68 Days)
<i>ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSPENSION (azithromycin)</i>	T3	QL (120ML/68 Days)
<i>ZITHROMAX 250MG, 500MG TABLET (azithromycin)</i>	T3	QL (15 Tabs/ 68 Days)
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
<i>MACROBID (nitrofurantoin mono-macro)</i>	T3	
<i>MACRODANTIN (nitrofurantoin)</i>	T3	
<i>nitrofurantoin (Macrofantin)</i>	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (Macrobid)</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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<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	
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
XENLETA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
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	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
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
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<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>mondoxyne 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	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
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	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOGIN 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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS (cont.)		
<i>vancomycin 250mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl (Firvanq)</i>	T1	QL
<i>vancomycin hcl (Vancocin Hcl)</i>	T1	QL
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 Units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120GM/23 Days)
CLEOCIN T (<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 (Evoclin)</i>	T1	QL (100 GM/23 Days)
<i>clindamycin 1% gel</i>	T1	
<i>clindamycin 1% lotion (Cleocin T)</i>	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 (Erygel)</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin (Erygel)</i>	T1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide (Benzamycin)</i>	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 (Centany)</i>	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
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<i>avar</i>	T1	
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E LS CREAM	T3	ST
<i>mafénide 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>mafénide</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)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
COUMADIN (<i>jantoven</i>)	T3	
COUMADIN (<i>warfarin</i>)	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
<i>warfarin</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
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

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

ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS - 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	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACRAFT 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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)		
MOUNJARO	T2	PA QL
OZEMPIC	T2	PA QL HD
RYBELSUS	T2	PA QL (30 tabs/30 days) HD
TRULICITY	T2	PA QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLUJAN	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL HD
JANUMET XR	T2	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
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
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
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
INSULINAS (cont.)		
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
ANTIINFECIOSOS (Productos dentales)		
TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL		
ARESTIN	T4	SP HD
ANTIINFECIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<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
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 Tabs/23 Days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 Tabs/23 Days)
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<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	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	QL (20 Tabs/23 Days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
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)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	
NEBUPENT	T3	QL (1 Vial/21 Days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL (1 Vial/21 Days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>aminoacetic acid</i> (Aminoacetic Acid)	T1	
<i>glycine</i> (Aminoacetic Acid)	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN	T3	ST
<i>ciclopirox</i>	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
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
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS		
JELMYTO	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC) (cont.)		
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melphalan</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>melphalan 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
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<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
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T4	PA QL SP CSL
TAFINLAR	T4	SP PA HD QL CSL
ZELBORAF	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T		
BREYANZI	T3	PA
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T4	PA QL SP HD CSL
ERIVEDGE	T4	PA QL SP HD CSL
ODOMZO	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T4	PA SP QL (8 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)		
AFINITOR DISPERZ	T2	PA QL (30 Tabs/30 Days) ST SP CSL
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T4	PA QL SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
POMALYST	T4	PA QL SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
VANTAS	T4	SP HD CSL
ZOLADEX	T2	SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ORGOVYX	T4	PA QL SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
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
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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 (<i>sorafenib tosylate</i>)	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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T4	PA QL SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)		
WELIREG	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T4	PA QL SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<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>retinoin</i>	T1	CSL
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T2	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
INTRON A	T2	SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
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
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
AMELUZ	T4	SP
LEVULAN	T4	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
PANRETIN	T4	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL (bexarotene) T4 PA SP HD	T4	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
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

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
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)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T4	PA QL SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<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
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
<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
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<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
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)		
<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
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hydrochloride</i> (Agyrin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA	T4	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
JULUCA	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
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
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T4	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<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
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<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
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T4	PA SP
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI	T4	SP
SYMFI LO	T4	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<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

ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<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)
PREVMIS	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	
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T4	PA QL (112 TABS/1 DAYS) SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T4	PA QL (28 TABS/FILL) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA PELLETT 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
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS 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

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B (cont.)		
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T4	SP HD
<i>lamivudine</i> (EpiVir Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T4	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
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
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T2	PA QL SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T2	
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	PA QL(30 grams/treatment)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
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)⁸

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		
DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylina)	T1	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS (cont.)		
MENACTRA	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
VAXCHORA VACCINE	T2	
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
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

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSVO 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
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T2	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
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
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T4	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA		
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

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA (cont.)		
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
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
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	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine er (Ranexa)</i>	T1	HD
ANTIARRÍTMICOS		
<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
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
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
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
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
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nifedipine er</i>	T1	HD
<i>nifedipine er</i> (Procardia XI)	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
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
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>cardiolegic</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
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digitek</i> (Lanoxin)	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digitek</i>)	T3	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	QL (MAX 30 Tabs/30 Days)
VASODILADORES, CORONARIOS		
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

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</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
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
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
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
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
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	QL HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<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
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-olmesartan</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine</i> (Twynsta)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
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
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
<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
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<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
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T3	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSER	T3	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
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>methylodopa</i>	T1	HD
<i>methylodopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<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
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<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
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<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
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKKEEZA	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T4	SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<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
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<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
LIPOTRÓPICOS		
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
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<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
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)		
NAMENDA (<i>memantine hcl</i>)	T3	ST HD
NAMENDA XR	T3	HD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
<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
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
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
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
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
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<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>roweeptra</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
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>subvenite</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal)	T1	HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	HD
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	ST
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
<i>vigadrone</i> (Sabril)	T1	PA SP HD
VIMPAT	T2	HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD
ZTALMY	T4	PA SP

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)

TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3

WAKIX	T4	PA QL SP HD
-------	----	-------------

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

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

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

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
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
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	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
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
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
<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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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>lutra</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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<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>viorele (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
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP
LILETTA	T4	SP
MIRENA	T4	SP
PARAGARD T 380-A	T3	SP
SKYLA	T4	SP
ANTICONCEPTIVOS (Varios)		
PRESERVATIVOS		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<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
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED-DM (<i>bromfed dm</i>)	T3	
<i>brompheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
M-END PE	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<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	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
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>quiatussin 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

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
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)		
MAR-COF CG	T3	
<i>m-clear wc</i>	T1	
NINJACOF-XG	T3	
<i>virtussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH ULTRA TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
PRECISION XTRA	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	T2	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		
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

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (cont.)		
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	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<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	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
MACRILEN	T4	QL(2 PACKS/365 DAYS) SP HD
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
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
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECRI (ethacrynic acid)	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>torsemide</i>	T1	HD
<i>torsemide</i>	T1	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
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
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
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
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T3	PA HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl w/hctz</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	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
<i>spironolactone w/hctz</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</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

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
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine hcl</i>	T1	QL HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	QL HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>)	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
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 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY 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
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	

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

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
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
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<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 (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T4	SP
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac (Acular LS)</i>	T1	
<i>ketorolac (Acular)</i>	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 (Lotemax)</i>	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
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<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
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt</i> (BSS)	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
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	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<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
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
OMIDRIA	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
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
MIDRIÁTICOS		
<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
MIDRIÁTICOS (cont.)		
CYCLOGYL (cyclopentolate hcl)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
cyclopentolate hcl (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	T3	HD
homatropaire	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (atropine)	T3	HD
MYDRIACYL (tropicamide)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
tropicamide	T1	HD
tropicamide (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T4	PA SP
MACUGEN	T3	PA
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T4	PA SP
BEVACIZUMAB	T4	SP
LUCENTIS	T4	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	PA HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T4	PA SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
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
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS (cont.)		
<i>biolon</i>	T1	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HYALURONIDASE	T3	
PROVISC	T4	SP
VISCOAT	T3	
AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS		
JETREA	T2	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
CELLUGEL	T3	
MEMBRANEBLUE	T3	
<i>ocucoat</i> (Cellugel)	T1	
VISIONBLUE	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>denta 5000 plus</i>	T1	
<i>dentagel</i>	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
<i>floritab</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
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	PA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
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>glutose</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)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
<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
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
<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)
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
<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
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<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
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
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
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
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
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>clidinium w/chlordiazepoxide</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
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
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate w/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<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
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
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
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS (cont.)		
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
VOQUEZNA DUAL, TRIPLE PAK	T3	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL (<i>phenohydro</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>phenohydro</i> (Donnatal)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<i>symax-sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>symax-sr</i> (Levbid)	T1	HD
SALES BILIARES		
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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SALES BILIARES (cont.)		
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
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<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	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
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
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T4	PA QL (30 Units/fil) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T4	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T4	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	QL (30 Units/30 days)
TRULANCE	T2	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
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
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<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	
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<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
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<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
PREPARACIONES RECTALES		
<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
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T4	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
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	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<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

HORMONAS (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS		
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)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
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	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<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 & methyltestosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<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
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
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	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
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
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
OMNITROPE	T4	PA SP
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<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)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T4	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	PA QL
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T4	PA SP HD
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 Tabs/21 Days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
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

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
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
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	HD
<i>yuvafem</i> (Vagifem)	T1	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
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
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T4	PA QL(1 PEN/FILL) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<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 I2/23

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

T4 – Medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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	
exel huber needle (V-Go 20)	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	
HURRICANE 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
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MASK	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONEWAY 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

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
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	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

<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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<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	

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS

<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)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<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	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
NARDIL (<i>phenelzine</i>)	T3	
PARNATE (<i>tranylcypromine</i>)	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
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
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT2A (SSIA)		
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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<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
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<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
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>amitriptyline-perphenazine</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<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)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
<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)⁸

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) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<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)⁸		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
VYLEESI	T4	PA QL (8 AUTO-INJS/FILL) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸		
ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPICÓTICOS, 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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
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)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
CAPLYTA 10.5MG, 21MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
VRAYLAR	T3	QL (7 caps/1 time use)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 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)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
ADASUVE	T3	
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<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
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
<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>amnestem</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
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)		
<i>myorisan</i> (Absorica)	T1	
<i>zenatane</i> (Absorica)	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
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
ANTIPIRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<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)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<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)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
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
AGENTES ANTISEBORREICOS		
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)
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T2	QL
INMUNOMODULADORES		
ALDARA (<i>imiquimod</i>)	T3	
<i>imiquimod</i> (Aldara)	T1	
QUERATOLÍTICOS		
<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
PROTECTORES		
PHARMABASE (<i>pharmabase barrier</i>)	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<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
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)		
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
ROSDAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
SOOLANTRA	T3	ST QL (60GM/23 Days)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
HYFTOR	T4	PA SP
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 Units/30 days)
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP HP (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>besser</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
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<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>besser</i>)	T3	ST
DERMA-SMOOTH-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
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
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 (Olux-E)</i>	T1	QL (100 Units/23 Days)
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide (Kenalog)</i>	T1	QL
<i>trianex</i>	T1	
<i>triderm</i>	T1	
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	ST
ULTRAVATE	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM-HC (<i>hc pramoxine</i>)	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hc pramoxine (Pramosone)</i>	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion (Ovide)</i>	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
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine</i>	T1	
<i>iodine</i> (Lugol'S)	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
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
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<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
AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
FABIOR	T3	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
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) ⁸		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)		
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
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
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
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T4	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
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)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
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)
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T4	PA QL (60 CAPS/FILL) SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
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
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
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)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T4	PA QL (60 TABS/FILL) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<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
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
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
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
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 acetanide</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
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T3	
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	T4	SP
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
XEROSTOMIA RELIEF	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
TERIPARATIDE	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<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
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
KEYEYIS	T4	PA SP
INHIBIDORES DE AMONIACO		
CARBAGLU	T2	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram (Antabuse)</i>	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
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)
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>cryoserv</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
<i>chloride</i>	T1	
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T4	PA QL(240 MLS/FILL) SP HD
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate (Brisdelle)</i>	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
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
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
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T4	PA QL (15 CAPS/FILL) SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
KUVAN	T4	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
SOLVENTES		
<i>dy-o-derm</i>	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
EXCIPIENTES		
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
INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4		
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS

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)

COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D

FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
----------------	----	---------------------------

INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA

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)

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1

ARCALYST	T4	PA QL(4 VLS/28 DAYS) SP HD
----------	----	----------------------------

ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1

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
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA QL (4ml/28 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T4	PA QL (4 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
<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)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T4	PA QL (30 tabs/fill)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<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
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	ST HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
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
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<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
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
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>tropium chloride</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<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
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<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
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d & fluoride</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA 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 & c</i>	T1	HD PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL	T2	ST QL (4 Devices/30 Days)
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<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
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
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 medicamento 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:⁹

- 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,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ 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	ADLYXIN	42
abacavir-lamivudine	57	ADRENALIN CHLORIDE	90
ABILIFY	120	ADVAIR	28
ABILIFY MYCITE	120	ADZENYS	61
abiraterone acetate	48	AEMCOLO	35
ABRYSVO	64	AEROCHAMBER	113
ABSORICA	122	AEROTRACH	113
ACAM2000	64	AEROVENT	113
acamprosate	133	AFINITOR	49, 50
acarbose	43	AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	49
ACCOLATE	28	afirmelle	80
ACCRUFER	96	AFLURIA	63
ACCU-CHEK	111	AFTERA	80
ACCUPRIL	70	AGRYLIN	56
ACCURETIC	69	AIMOVIG	15, 19
ACD	38	AIRDUO DIGIHALER	28
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	113	AJOVY	15, 19
acebutolol	72	AKLIEF	128
acetaminophen w/butalbital	19	ak-poly-bac	30
acetaminophen w/codeine	21	AKTEN	92
acetate	38, 48, 50, 53, 65, 75, 80, 83, 92, 96, 104, 105, 106, 108, 109, 137	ALA-SCALP HP	125
acetazolamide	88	albendazole	46
acetic acid	91, 122	ALBENZA	46
acetylcysteine	29	albuterol	27
acitretin	122	ALCAINE	92
ACTEMRA	110	alclometasone dipropionate	125
ACTHIB	63	ALDACTAZIDE	89
ACTICLATE	35	ALDACTONE	89
ACTIGALL	100	ALDARA	124
ACTIMMUNE	53	ALECENSA	50
ACTIQ	21	alendronate	135
ACTIVELLA	105	alfuzosin	136
ACTONEL	135	ALINIA	54
ACTOPLUS MET	44	aliskiren	73
ACTOS	44	ALKERAN	48
acyclovir	59, 60	allopurinol	25
ACZONE	123	ALLZITAL	19
ADACEL	63	almotriptan malate	15, 19
ADALAT	66	alophen	102
ADALIMUMAB	47	ALORA	105
adapalene	123, 128	alose tron	102
adapalene-benzoyl peroxide	123	ALPHAGAN	93
ADASUVE	120	alprazolam	115, 116
ADBRY	136	ALTABAX	125
adefovir dipivoxil	59, 60	altacaine	92
ADEMPAS	68	ALTACE	70
ADHANSIA	118	ALTAFLUOR BENOX	92
ADIPEX-P	53	altavera	80

Índice de medicamentos

ALTRENO	128	ANORO ELLIPTA	27
ALUNBRIG	50	ANTABUSE	133
ALVESCO	28	ANTARA	74
alyacen	80, 84	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	38
amabelz	105, 106	anucort-hc	104
AMARYL	43	apap-caffeine-dihydrocodeine	21
ambrisentan	69	apexicon e	125
amcinonide	125	APLENZIN	116
AMELUZ	53	apraclonidine	93
AMERGE	19	aprepitant	99
amethia	80	APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL	58
amethyst	80	apri	80
AMICAR	64	APRISO	101
amiloride	89	APTENSIO	118
aminoacetic acid	47	APTIOM	77
aminocaproic acid	64	APTIVUS	56
amiodarone	65	AQUORAL	132
amitriptyline	117	ARAKODA	46
amitriptyline/chlordiazepoxide	117	ARAKODA 100mg tablets	46
amitriptyline-perphenazine	117	aranelle	80
amlodipine-atorvastatin	73	ARAVA	24
amlodipine besylate	66, 69	ARCALYST	135
amlodipine-olmesartan	70	ARCAPTA NEOHALER	27
amlodipine-valsartan	70	ARESTIN	45
amlodipine-valsartan-hctz	70	AREXVY	64
amnesteem	122	ARICEPT	61
amoxapine	117	ARIDOL	87
amoxicillin	35, 45	ARIKAYCE	31
amoxicillin-clavulanate potass	35	aripiprazole	120
amoxicillin-clavulanate pot er	35	ARIXTRA	39
amphetamine	61	armodafinil	121
AMPHETAMINE ER	61	ARNUITY ELLIPTA	28
ampicillin trihydrate	35	AROMASIN	49
AMPYRA	76	ARRANON	48
AMVISC	94	ARTHROTEC	25
AMZEEQ	37	ARTISS	125
ANADROL-50	105	ARYMO ER	21
ANAFRANIL	117	asa-butalb-caff-cod	23
anagrelide hydrochloride	56	ascomp with codeine	23
ANA-LEX	104	ashlyna	80
ANALPRAM-HC	104, 127	ASMANEX	28
ANAPROX DS	25	aspirin	19, 21, 23, 55, 56, 114, 115
anaspaz	100	ASTAGRAF	110
anastrozole	49	atazanavir	58
ANCOBON	40	ATELVIA	135
ANDRODERM	105	atenolol	72
ANGELIQ	106	ATIVAN	116
ANNOVERA	80	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	benzebro	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	besor	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		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
		bio glo	88

Índice de medicamentos

biolon	95	butalbital-asp-caffeine	19
bisacodyl	102	butalbital/caff/apap/codeine	23
bisa-lax	102	butalbital compound w/codeine	23
bisoprolol fumarate	72	butorphanol tartrate	22
BLEPH-10	30	BYDUREON	42
BLEPHAMIDE	30	BYETTA	42
BLEPHAMIDE S.O.P.	30	BYLVAY	102
blisovi	81	C	
BOCASAL	132	cabergoline	108
BONIVA	135	CABLIVI	64
BONJESTA	99	CABOMETYX	50
BOOSTRIX	63	CADUET	73
bosentan	69	CAFERGOT	15, 19
BOSULIF	50	caffeine d	75
BRAFTOVI	49	CALAN	66
BREO ELLIPTA	28	calcipotriene	123, 128
BREXAFEMME	40	calcitonin-salmon	109
BREYANZI	49	calcitriol	123, 138
breyna	28	CALCIUM	66, 96
briellyn	81	CALQUENCE	50
BRILINTA	55	CAMBIA	19
brimonidine	93	camila	81
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	93	camrese	81
BRIVIACT	77	CAMZYOS	66
BROMFED-DM	86	candesartan cilexetil	71
brompheniramin-pseudoephed-dm	86	candesartan-hydrochlorothiazid	70
bromocriptine mesylate	55	CAPCOF	86
brompheniramine w/pseudoephed	86	capecitabine	48, 49
BRONCHITOL	130	CAPEX SHAMPOO	125
BROVANA	27	CAPHOSOL	132
BRUKINSA	50	CAPLYTA	120
BRYHALI	125	CAPRELSA	50
budesonide	28, 106, 107	captopril	69, 70
budesonide-formoterol	28	captopril/hydrochlorothiazide	69
buffered aspirin	19	CARAFATE	99
bufferin	19	CARBAGLU	133
bumetanide	88	carbamazepine	77, 79
BUPHENYL	98	CARBATROL	77
buprenorphine	21, 136	carbidopa	54, 55
bupropion	116, 129	carbidopa/levodopa	54
BUPROPION	116	carbidopa-levodopa-entacapone	54, 55
buspirone	116	carbidopa-levodopa er	54
butalb-acetamin-caff 50-300-40	15	carbinoxamine	42
butalb-acetamin-caff 50-325-40	15	CARDIOPLEGIA	67
butalb-acetaminophen/caffeine	15	cardioplegic	67
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15	CARDIZEM	66
butalbital/acetaminophen	15	CARDURA	70
butalbital/apap/caffeine	19	carisoprodol	23, 114, 115
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15	carisoprodol-aspirin	23, 114

Índice de medicamentos

carisoprodol-aspirin-codeine	23	CHORIONIC GONAD	109
CARNITOR	135	ciclodan	40
CAROSPIR	89	CICLODAN	47
carteolol	93	ciclopirox	40, 41, 47
cartia	66	cilostazol	56
CASODEX	48	CLOXAN	30
CATAPRES	71	CIMDUO	56
CAYA CONTOURED	85	cimetidine	101
CAYSTON	33	cinacalcet hcl	132
caziant	81	CINRYZE	131
cefaclor	33	CIPRO	35
cefadroxil	33	CIPRODEX	29
cefdinir	33	ciprofloxacin hcl	29, 30, 35
cefditoren pivoxil	33	citalopram	117
cefixime	33	citroma	102
cefepodoxime proxetil	33	claravis	122
cefprozil	33	CLARINEX	42
ceftriaxone	33	CLARINEX-D	42
cefuroxime axetil	33	clarithromycin	34
celecoxib	26	clarithromycin er	34
CELLCEPT	110	clearlax	102
CELLUGEL	95	clemastine fumarate	42
CELONTIN	77	CLEOCIN HCL	33
CENTANY	37	CLEOCIN PALMITATE	34
cephalexin	33	CLEOCIN PHOSPHATE	36
CEQUA	94	CLEOCIN T	37
CEQR SIMPLICITY	111	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	113
CERDELGA	133	clidinium w/chlordiazepoxide	98
CERVIDIL	108	CLIMARA	106
CETACAINE ANESTHETIC	23	clindacin	37
cetorelix acetate	108	CLINDACIN	37
CETROTIDE	108	clindamycin	33, 34, 36, 37, 123
cevimeline	62	clindamycin hcl	33, 34
CHANTIX	129	clindamycin palmitate hcl	34
chateal	81	clindamycin pediatric	34
CHEMET	134	clindamycin phosphate	36, 37
CHENODAL	100	CLINDESSE	36
children's aspirin	56	CLINPRO 5000	95
chlordiazepoxide	98, 116, 117	clobazam	77
chlorhexidine gluconate	131	clobetasol	125, 126, 127
chloride	62, 97, 133, 137	clobetasol propionate	126, 127
chloroquine	46	CLOBEX	126
chlorpromazine	120	clodan	126
chlorthalidone	72, 89	CLODAN	126
chlorzoxazone	114, 115	CLODERM	126
CHOLBAM	101	clomipramine	117, 118
cholestyramine	74	clonazepam	77
choline mag trisalicylate	19	clonidine	71, 118
choline salicyl/mag salicylate	15	clopidogrel	56

Índice de medicamentos

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	D	
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
CORTISPORIN-TC	29	DARAPRIM	46
COTELLIC	49	darifenacin	137
COTEMPLA	118	darunavir	56
COUMADIN	38	dasetta	81
covaryx	105	DAURISMO	49
		DAYPRO	25

Índice de medicamentos

daysee	81	DIACOMIT	77
DAYTRANA	118	dialyvite	138
DDAVP	105	DIASTAT	77
DDAVP SOLUTION	105	DIASTIX REAGENT	87
deblitane	81	diazepam	77, 116
decadron	106	DIBENZYLIN	62
deferasirox	134	DICLEGIS	99
DELESTROGEN	106	diclofenac	19, 20, 25, 122
demeclocycline hcl	35	diclofenac -misoprostol	25
DEMSEER	71	dicloxacillin	35
DENAVIR	60	dicyclomine hcl	98
denta 5000 plus	95	didanosine	57
dentagel	95	diethylpropion	53
DEPAKOTE	77	DIFFERIN	128
DEPEN	24	DIFICID	34
DEPO-ESTRADIOL	106	diflorasone diacetate	126
DEPO-PROVERA	80, 108	DIFLUCAN	40
DEPO-SUBQ PROVERA	80	diflunisal	15, 19
DEPO-TESTOSTERONE	105	digitek	68
DERMA-SMOOTHIE-FS	126	digoxin	68
DERMOTIC	90	dihydroergotamine	15
DESCOVY	56	dihydroergotamine mesylate	19, 20
desflurane	23	DILANTIN	77
desipramine	118	DILATRATE-SR	68
desloratadine	42	DILAUDID	22
desmopressin acetate	105	diltiazem	66, 67
desogestrel-ethinyl estradiol	81	dilt-xr	66
desogestr-eth estrad eth estra	81	diphenoxylate w/atropine	99
DESONATE	126	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	63
desonide	126, 127	DIPROLENE	126
DESOWEN	126	dipyridamole	55, 56
desoximetasone	126, 127	DISCOVISC	95
DESOXYN	61	diskets	22
desvenlafaxine succinate	117	disopyramide phosphate	65, 66
dex4 glucose	96	disulfiram	133
dexamethasone	29, 30, 106, 107	DITROPAN	137
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	29	DIURIL	89
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	30	divalproex	77
dexchlorpheniramine maleate	42	dofetilide	65
DEXCOM	111	DOJOLVI	95
DEXEDRINE	61	DOLOPHINE HCL	22
dexlansoprazole	104	donepezil	61
dexmethylphenidate	118	DONNATAL	100
DEXONTO	106	DOPTELET	79
DEXPAK	107	dorzolamide	92, 93
DEXTENZA	91	DORZOLAMIDE	92, 93
dextroamphetamine	61	dotti	106
DEXYCU	91	DOVATO	56
D.H.E.45	19, 20	DOVONEX	123

Índice de medicamentos

doxazosin mesylate	70	efavirenz	57
doxepin	118, 121, 123	effer-k	97
doxercalciferol	132	EFFIENT	56
doxycycline hyclate	35, 36, 131	EGRIFTA	107
doxycycline monohydrate	36	ELEPSIA	78
doxylamine succ-pyridoxine hcl	99	eletriptan hbr	20
DRISDOL	138	eletriptan hydrobromide	15
dronabinol	99	ELIMITE	54
drospirenone-eth estra-levomef	81	elinest	81
drospirenone-ethinyl estradiol	81, 85	ELIQUIS	39
DROXIA	65	ELIXOPHYLLIN	29
DSUVIA	22	ELLA	81
DUAVEE	106	ELLUME COVID-19 HOMETEST	87
ducodyl	102	ELMIRON	23
DUETACT	44	eluryng	80
DUEXIS	25	EMBRACE	111
DULERA	28	EMCYT	53
duloxetine	117	EMEND	99
DUOBRII	123	EMGALITY	15, 20, 77
DUOPA	55	emoquette	81
DUOVISC	95	Empaveli	64
DUPIXENT	110	EMSAM	116
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	110	EMTRIVA	57
DUREZOL	91	EMVERM	46
dutasteride	136	ENABLEX	137
dvorah	21	enalapril maleate	69, 70, 71
DXEVO	107	enalapril maleate/hctz	69
DYANAVAL	61	ENBREL	47
DYAZIDE	89	ENDO-AVITENE	65
DYMISTA	90	endocet	21
dy-o-derm	134	ENFAMIL	96
DYRENIUM	89	ENGERIX-B	64
E		ENHERTU	52
EASIVENT	113	enoxaparin	39
EASY	111	enpresse	81
EASYMAX	111	enskyce	81
EC-NAPROSYN	25	ENSPRYNG	110
econazole nitrate	41	ENSTILAR	128
econtra ez	81	ENSTILAR FOAM	128
econtra one-step	81	entacapone	54, 55
ecotrin	19, 56	entecavir	59
ecpirin	19	ENTEREG	103
EDECRIN	88	enteric coated aspirin	56
EDLUAR	121	ENTOCORT EC	107
ed-spaz	100	ENTRESTO	70
EDURANT	57	ENTYVIO	102
eemt	105	enulose	98
e.e.s.	34	ENZOCLEAR	124
E.E.S	34	EPCLUSA	59

Índice de medicamentos

EPIDIOLEX	77	etodolac	25, 26
EPIDUO FORTE GEL PUMP	123	etonogestrel-ethinyl estradiol	80
EPIFOAM	127	etoposide	53
epinastine	42	EUCRISA	125
epinephrine	60	EUTHYROX	129
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	94	EVEKEO	61
EPIPEN	60	EVENCARE	111
EPISIL	132	everolimus	49, 50, 111
epitol	78	EVERSENSE	111
EPIVIR	57, 59	EVISTA	135
eplerenone	89	EVKEEZA	73
eprosartan mesylate	71	EVOCLIN	37
EPSOLAY	124	EVOTAZ	58
EPZICOM	57	EVOXAC	62
EQUETRO	116	EVRYSDI	133
ergoloid mesylates	73	EXEL	113
ERGOMAR	20	EXELDERM	41
ergotamine-caffeine	20	exel huber	113
ergotamine tartrate/caffeine	15	EXEL HUBER	113
ERIVEDGE	49	EXELON	61
ERLEADA	48	exemestane	49
erlotinib hcl	50, 52	EXKIVITY	50
ERMEZA	129	EXSERVAN	75
errin	81	EXTINA	41
ERTACZO	41	EYLEA	94
ery	34, 37	EYSUVIS	91
erygel	37	ezetimibe	73, 74
ERYPED	34	ezetimibe-atorvastatin	73
ery-tab	34	ezetimibe-simvastatin	73
erythrocin stearate	34	F	
erythromycin	30, 34, 37	FABIOR	128
erythromycin ethylsuccinate	34	falmina	82
erythromycin stearate	34	famciclovir	59
ESBRIET	133	famotidine	101
escitalopram oxalate	117	FANAPT	119
ESGIC	15, 19	FARESTON	53
ESKATA	123	FARXIGA	43
ESOMEPRAZOLE	104	FARYDAK	47, 48
esomeprazole magnesium	104	FASENRA PEN	28
estarylla	81, 84	fayosim	82
estazolam	121	FC2 FEMALE CONDOM	85
ESTRACE	106	febuxostat	25
estradiol	80, 81, 82, 83, 85, 106, 109	felbamate	78
estrogen & methyltestosterone	105	FELBATOL	78
eszopiclone	121	FELDENE	25
ethacrynic acid	88	felodipine	66
ethambutol hcl	32	FEMARA	49
ethosuximide	78, 79	FEMCAP	85
ethynodiol-ethinyl estradiol	81	FEMHRT	106

Índice de medicamentos

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
fenoprofen	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	flvoxamine 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 HOMETEST	88	FRAGMIN	39
FLUAD	63	FREESTYLE	87, 111, 112
FLUARIX	63	frovatriptan succinate	20
FLUBLOK	63	ful-glo	88
FLUCELVAX	63	full spectrum b	138
fluconazole	40	FULPHILA	79
flucytosine	40	furosemide	88
fludrocortisone acetate	108	FUROSEMIDE	88
FLULAVAL	63	FUZEON	57
FLUMIST	63	fyavolv	106
flunisolide	90	FYCOMPA	78
fluocinolone acetonide	90, 126, 127	fyremadel	108
fluocinolone acetonide oil	90	G	
fluocinonide	126	gabapentin	78
fluoride	97, 137, 138	GABITRIL	78

Índice de medicamentos

GALAFOLD	134	GLUTOSE	96
galantamine	61	glyburide	44
GALZIN	134	GLYCATE	98
GANIRELIX	108	glycine	47
GARDASIL 9	64	glycolax	103
GASTROCROM	24	glycopyrrolate	98
gatifloxacin	30, 31	glydo	23
GATTEX	104	GLYNASE	44
gavilax	102	GLYSET	43
gavilyte-g	102	GLYXAMBI	44
gavilyte-n	102, 103	GONAL	109
GAVRETO	50	GONITRO	68
GELCLAIR	132	GOPRELTO	90
GELFILM	93, 134	GRALISE	77
GEL-FLOW	65	granisetron	99
GELFOAM	65	GRASTEK	62
GELNIQUE	137	griseofulvin	40
gemfibrozil	74	g tussin ac	86
GEMTESA	137	guaifenesin ac	86
generlac	98	guaifenesin dac	86
engraf	110	guaifenesin with codeine	86
GENOTROPIN	107	guanfacine	71, 118
gentak	30	guanidine	62
gentamicin	30, 31, 37	GUARDIAN	112
GENTLE DRAW	112	guiatussin ac	86
gentlelax	103	GVOKE	96
gentle laxative	102, 103	GYNAZOLE	39
GENVOYA	58	gynol	80
GEODON	119	H	
gianvi	82	HAEGARDA	131
GILOTRIF	50	hailey	82
glatiramer acetate	75	halcinonide	126
glatopa	76	HALCION	121
GLEOSTINE	48	halobetasol propionate	126
glimepiride	43, 44	HALOG	126
glipizide	43, 44	haloperidol	120
GLOPERBA	24	HARVONI	59
glostrips	88	HAVRIX	64
GLUCAGEN	87, 96	hc pramoxine	91, 104, 127
GLUCAGON	96	HEALTHWISE	113
GLUCO	96	HEALTHY ACCENTS	112, 113
gluco burst	96	HEALTHY ACCENTS AUTOLET	112
GLUCOCARD	112	healthylax	103
GLUCOCOM	112	heather	82
glucose	96	HEMANGEOL	72
GLUCOSE	96, 112	HEMLIBRA	64
GLUCOTROL	44	hemmorex-hc	104
GLUTOL	96	heparin	39
glutose	96	HEPLISAV-B	64

Índice de medicamentos

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
HYCAMTIN	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
hyoscyamine	100	INVEGA	119
hyosyne	100	INVELTYS	91
HYPER-SAL	133	INVIRASE	58
HYPOLANCE	112	INVOKAMET	44
HYPROMELLOSE	134	iodine	97, 128
HYRIMOZ	47	IODOFLEX	128
HYSINGLA ER	22	IODOSORB	128
I		IOPIDINE	93
ibandronate	135	IPOL	62
IBRANCE	51	ipratropium-albuterol	27
ibu	25	ipratropium bromide	27, 90
ibuprofen	21, 25	irbesartan	70, 71
icatibant	130	irbesartan-hydrochlorothiazide	70
ICLUSIG	51	IRESSA	51

Índice de medicamentos

ISENTRESS	58	kariva	82
isibloom	82	KEFLEX	33
isoflurane	23	kelnor	82
isoniazid	32	KENALOG	126
ISOPROPANOL	134	KESIMPTA	76
isopropyl alcohol	134	KETAMINE	121
ISOPROPYL ALCOHOL	47, 134	ketoconazole	40, 41
ISOPTO ATROPINE	94	ketodan	41
ISOPTO CARPINE	93	ketoprofen	26
ISORDIL	68	ketorolac	20, 21, 91
isosorbide dinitrate	68	KEVEYIS	133
isosorbide mononitrate	68	KINRIX	63
isotretinoin	122	kionex	97
isoxsuprine	73	KISQALI	51
isradipine	66	KITABIS PAK	31
itraconazole	40	KLARITY	30, 91, 94
ivermectin	46, 124	KLARITY-A	30
J		KLARON	123
JAKAFI	49	KLONOPIN	77
JALYN	136	klor-con	97
jantoven	38	KOSELUGO	49
JANUMET	44	K-PHOS	98
JANUVIA	43	KRINTAFEL	46
JARDIANCE	43	KRISTALOSE	103
jasmiel	82	k-tab	97
JELMYTO	47	K-TAB	97
JEMPERLI	52	KUVAN	134
jencycla	82	KYLEENA	85
JETREA	95	L	
jinteli	106	LACRISERT	91
JOENJA	130	lactulose	98, 103
jolessa	82	LAMICTAL	78
JORNAY	118	lamivudine	57, 59, 60
JUBLIA	41	lamivudine-zidovudine	57
juleber	82	lamotrigine	78
JULUCA	56	LANOXIN	68
junel	82	lansoprazol-amoxicil-clarithro	100
JUXTAPID	73	lansoprazole	104
JYNARQUE	88, 89	lanthanum carbonate	97
JYNNEOS	64	LANTUS	45
K		larin	82
KADIAN	22	larissia	82
kaitlib	82	LASIX	88
KALBITOR	131	LASTACAPT	42
KALETRA	58	latanoprost	93
kalliga	82	LATANOPROST	92, 93
KALYDECO	130	LATUDA	119
KAPVAY	118	laxaclear	103
KARBINAL	42	laxative	102, 103

Índice de medicamentos

layolis	82	lithium	116
LAZANDA	22	LITHOBID	116
leena	82	LITHOSTAT	98
leflunomide	24	LIVALO	73
LENVIMA	51	LIVMARLI	102
LESCOL	73	LIVTENCITY	59
lessina	82	LODINE	26
L.E.T.	24	LODOSYN	55
letrozole	49	LOKELMA	97
leucovorin	131	LOMAIRA	54
LEUKERAN	48	LOMOTIL	99
LEUKINE	79	LONHALA MAGNAIR	27
leuprolide acetate	50	LONSURF	48
levabuterol hcl	27	LOPID	74
LEVAQUIN	35	lopinavir-ritonavir	58
LEVBID	100	lopreeza	106
LEVEMIR	45	LOPRESSOR	72
levetiracetam	78	LOPROX	41
levobunolol	93	lorazepam	116
levocarnitine	135	LORBRENA	51
levofloxacin hemihydrate	30, 35	lorcet	21
levonest	82	LORTAB	21
levonorgestrel	82	lortuss ex	86
levonorg-eth estrad eth estrad	82, 83	loryna	83
levora	83	LORZONE	115
levorphanol tartrate	22	losartan	70, 71
LEVO-T	129	losartan-hydrochlorothiazide	70
levothyroxine	129	LOTEMAX	91
levoxyl	129	LOTENSIN	69, 70
LEVSIN	100	LOTENSIN HCT	69
LEVULAN	53	loteprednol etabonate	91
LEXETTE	126	LOTRISONE	41
LEXIVA	58	lovastatin	73
lidocaine	23, 24, 104, 127	LOVAZA	98
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	24	low dose aspirin	56
lidocaine-hc	104, 127	low-ogestrel	83
lidocaine-prilocaine	24	loxapine succinate	120
LILETTA	85	lo-zumandimine	83
lillow	83	lubiprostone	103
lindane	127	LUCENTIS	94
linezolid	35	ludent fluoride	97
LINZESS	102	lugol's	97
liothyronine	129	Lumakras	49
LIPOFEN	74	LUMIGAN	93
lisinopril	69, 70, 71	LUMRYZ	121
lisinopril-hctz	69	LUPANETA	107
LITEAIRE	114	LUPKYNIS	110
LITE TOUCH	112, 113	LUPRON DEPOT	50, 107, 108
LITETOUCH	114	lutera	83

Índice de medicamentos

LUXIQ	126	meperidine hcl	22
LUZU	41	MEPHYTON	138
LYNPARZA	51	meprobamate	116
LYSODREN	53	MEPRON	47
LYSTEDA	64	mercaptopurine	48
LYTGObI	51	mesalamine	101
lyza	83	MESNEX	131
M		metaproterenol	27
MACRILEN	88	metaxalone	115
MACROBID	34	metformin	43, 44
MACRODANTIN	34	methadone hcl	22
MACUGEN	94	methadose	22
mafenide acetate	38	methamphetamine	61
magnesium	103, 104	methazolamide	88
MALARONE	46	methenamine hippurate	32
malathion	127	methenamine mandelate	32
maprotiline	118	methergine	108
MAR-COF CG	87	methimazole	129
marlissa	83	METHITEST	105
MARPLAN	116	methocarbamol	115
MASK	114	methotrexate	48
MATULANE	53	methoxsalen	122
matzim	66	methscopolamine bromide	100
MAVENCLAD	76	methyl dopa	71
MAXITROL	29	methyl dopa/hydrochlorothiazide	71
MAXI-TUSS CD	86	methylergonovine maleate	108
MAXZIDE	89	METHYLIN	118
MAYZENT	76	methylphenidate	118, 119
m-clear wc	87	methylpred dp	107
meclofenamate	26	methylprednisolone	107
MEDISENSE	112	methyltestosterone	105
MEDROL	107	metoclopramide	102
medroxyprogesterone acetate	80, 108	metolazone	89
mefenamic acid	21	metoprolol-hydrochlorothiazide	72
mefloquine hcl	46	metoprolol succinate	72
megestrol acetate	53, 137	metoprolol tartrate	72
MEKINIST	49	METROCREAM	124
MEKTOVI	49	METROGEL	124
melodetta	83	METROLOTION	125
meloxicam	26	metronidazole	31, 36, 124, 125
melphalan hcl	48	mexiletine	65
memantine	74, 75	MIACALCIN	109
MEMBRANEBLUE	95	miconazole	39
MENACTRA	63	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	41
me-naphos-mb-hyo 1	32	MICROCHAMBER	114
M-END PE	86	microgestin	83
MENOPUR	109	MICROLET	112
MENOSTAR	106	MICROPLEGIA	67
MENVEO	63	MICROSPACER	114

Índice de medicamentos

midazolam	121	MOTOFEN	99
midodrine	61	MOUNJARO	43
MIFEPREX	133	MOUTHPIECE	114
mifepristone	133	MOVANTI K	39
migergot	20	MOXEZA	30
miglitol	43	moxifloxacin hcl	30, 35
miglustat	133	MS CONTIN	22
MIGRANAL	20	MUCOSITISRX	132
mili	83, 84	MUGARD	132
milk of magnesia	103	MULTAQ	65
millipred	107	multivitamin with fluoride	137
mimvey	106	mupirocin	37
MINI LANCING DEVICE	112	MURI-LUBE MINERAL OIL	134
MINIMED	112	Mvc-fluoride	137
MINIPRESS	70	MYALEPT	109
MINITRAN	68	MYAMBUTOL	32
MINI TRANSFER PIN	113	MYCAPSSA DR	109
MINOCIN	36	my choice	83
minocycline	36	MYCOBUTIN	32
MINOLIRA ER	36	mycophenolate mofetil	110
minoxidil	71	mycophenolic acid	110
MIOCHOL-E	93	MYDAYIS	61
miostat	93	MYDRIACYL	94
miralax	103	MYDRIATIC4	93
MIRAPEX	55	MYFORTIC	110
MIRENA	85	MYLERAN	48
mirtazapine	115	myorisan	123
MIRVASO	125	MYRBETRIQ	137
misoprostol	25, 100	MYSOLINE	78
MITIGARE	25	my way	83
MITOSOL	94	MYXREDLIN	45
MKO	121	N	
M-M-R II VACCINE W/DILUENT	63	nabumetone	26
MOBIC	26	nadolol	72
modafinil	121	naftifine hcl	41
moexipril	70	NAFTIN	41
molindone	120	NALFON	26
MOLNUPIRAVIR	60	NALOCET	21
mometasone	90, 126	naloxone	23, 39, 136
mondoxyne nl	36	naltrexone	39
mono-linyah	83	NAMENDA	74, 75
MONSEL'S	65	NAMZARIC	75
montelukast	28	NAPRELAN	26
MONUROL	32	NAPROSYN	25, 26
morgidox	36	naproxen	20, 25, 26
MORGIDOX	36	naratriptan hcl	19, 20
morphine	22	NARCAN	39
MORPHINE	22	NARDIL	116
MOTTEGRITY	102	NASACORT	90

Índice de medicamentos

NASCOBAL	138	nitisinone	133
NASONEX	90	nitro-bid	68
NATACYN	39	NITRO-DUR	68
nateglinide	44	nitrofurantoin	34
NATESTO	105	nitrofurantoin macrocrystal	34
NATPARA	108	nitroglycerin	68
natura-lax	103	NITROLINGUAL	68
nature-throid	129	NITROMIST	68
NAYZILAM	77	NITROSTAT	68
NEBUPENT	47	nitro-time	68
nebusal	133	NITYR	133
NEBUSAL	133	NIVESTYM	79
necon	83	nizatidine	101
nefazodone	117	NIZORAL	41
neomycin	29, 30, 31, 122	NOCDURNA	105
neomycin/bacitracin/poly/hc	29	nolix	126
neomycin/bacitracin/polymyxin	30	nora-be	83
neomycin-polymyxin-dexamethaso	29	NORDITROPIN FLEXPRO	107
neomycin/polymyxin/gramicidin	30	norethindrone acetate	83, 108
neomycin/polymyxin/hc	29	norethindrone-ethin estradiol	83, 106
neo-polycin	31	norethin-eth estra ferrous fum	83
neo/polymyxin/dexamethasone	29	NORGESIC FORTE	115
NEORAL	110	norgestimate-ethinyl estradiol	83
NEO-SYNALAR	37	norgestrel-ethiny estra	83
NERLYNX	51	NORITATE	125
neuac	123	norlyda	83
NEUPRO	55	NORPACE	66
NEUTRASAL	132	NORPRAMIN	118
nevirapine	57	nortrel	83
new day	83	nortriptyline	118
NEXPLANON	80	NORVIR	58
NEXVIAZYME	134	NOURIANZ	55
niacin	74	NOVAMAX	87
NIACOR	74	NOVAREL	109
NIASPAN	74	NOVOFINE	113
nicardipine	66	NOVOTWIST	113
NICODERM	128	NOXAFIL	40
nicorelief	128, 129	np thyroid	129
NICORETTE	128, 129	NUBEQA	48
nicotine	128, 129	NUCALA	29
NICOTROL	129	NUCORT	127
nifedipine	66, 67	NULEV	100
nikki	83	NULIBRY	134
NILANDRON	48	NULYTELY	103
nilutamide	48	NUMBRINO	90
nimodipine	67	NUMOISYN	132
NINJACOF-XG	87	NUPLAZID	117
NINLARO	51	NURTEC ODT	20
nisoldipine	67	NUVARING	80

Índice de medicamentos

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
O		ORENITRAM	69
OICALIVA	101	ORFADIN	133
ocella	83	ORILISSA	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	OTIPRIO	29
olopatadine	90	OVACE	123, 124
OLPRUVA	98	OVIDE	127
OLUX	127	VIDREL	109
OMECLAMOX-PAK	100	oxandrolone	105
omega-3 acid ethyl esters	98	oxaprozin	25, 26
omeprazole	104	OXAYDO	22
omeprazole- bicarbonate	104	oxazepam	116
OMIDRIA	93	oxcarbazepine	78
OMNIPAQUE	87	OXERVATE	94
OMNIPOD	112	oxiconazole nitrate	41
OMNIPOD GO	112	OXISTAT	41
OMNITROPE	107	OXSORALEN-ULTRA	122
ondansetron	99	OXTELLAR	78
ONE TOUCH	87, 112	oxybutynin chloride	137
ONETOUCH	112	oxycodone hcl	21, 22, 23
ONE WAY MOUTHPIECE	114	oxycodone hcl-ibuprofen	21
ONEXTON	123	oxycodone w/acetaminophen	21
ONFI	77	oxycodone w/aspirin	21
opcicon one-step	84	OXYCONTIN	22
OPDIVO	52	oxymorphone hcl	22
opium	21, 99	oxymorphone hcl er	22
OPSUMIT	69	OXYTROL	137
OPTICHAMBER	114	OZEMPIC	43
option 2	84	OZURDEX	91

Índice de medicamentos

P

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	pimtree	84
peg	103	pindolol	72
PEGANONE	78	pioglitazone	44
PEGASYS	60	pioglitazone-glimepiride	44
PEG-INTRON	60	pioglitazone-metformin	44
PEMAZYRE	51	PIQRAY	51
penciclovir	60	pirfenidone	133
penicillamine	24	pirmella	84
penicillin V	35	piroxicam	25, 26
PENTACEL	63	PLAN B ONE-STEP	84
pentamidine isethionate	47	PLEGISOL	67
PENTASA	101	PLEGRIDY	76
pentazocine and naloxone hcl	23	PLEXION	38
pentoxifylline	65	PNEUMOVAX	63
PEPCID	101	POCKET CHAMBER	114
PERFOROMIST	27	podoflox	124
PERIDEX	131	polycin	31
perindopril erbumine	71	polyethylene glycol	103
perio gard	131	polymyxin b sul-trimethoprim	31
permethrin	54	polystyrene sulfonate	97
perphenazine	117, 120	POLYTRIM	31
perry	115	POLY-TUSSIN AC	86
PHARMABASE	124	POMALYST	50
PHEBURANE	98	PONVORY	76
phenadoz	99	PONVORY 20 MG TABLET	76
phenazopyridine hcl	24	portia	84
phendimetrazine tartrate	54	posaconazole	40
		powderlax	103

Índice de medicamentos

pramipexole	55	primaquine generic	46
pramipexole di-hcl	55	PRIMEAIRE	114
PRAMOSONE	127	primidone	78
pramoxine hcl w/hydrocortisone	104	PRIMSOL	32
prasugrel	56	PRINIVIL	71
pravastatin	73	PRIORIX VIAL	63
praziquantel	46	probenecid	26
prazosin	70	PROBUPHINE	136
PR BENZOYL PEROXIDE	124	PROCARDIA	67
PRECISION	87	procentra	61
PRECOSE	43	PROCHAMBER	114
PRED FORTE	91	prochlorperazine maleate	99
PRED-G	29	PRO COMFORT SPACER WITH MASK	114
prednicarbate	127	PROCORT	104
prednisolone	30, 91, 92, 107	PROCRIT	79
prednisolone acetate	92	PROCTOCORT	104
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	29	procto-med hc	127
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	30	procto-pak	127
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	30	proctosol-hc	127
PREDNISOLONE-BROMFENAC	92	proctozone-hc	127
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	29	PRODIGY	112
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	30	progesterone	108
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	92	PROGLYCEM	96
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	30	PROGRAF	110
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	29	PROLENSA	92
prednisolone phos odt	107	PROMACTA	79
prednisolone phosphate	91, 107	promethazine	41, 42, 86, 99
prednisone	107	promethazine vc	41, 86
PREFEST	106	promethazine vc w/codeine	86
pregabalin	78	promethegan	99
PREGNYL	109	PROMETRIUM	108
prenatal	115	propafenone	66
prenatal complete	115	propantheline bromide	98
prenatal formula	115	proparacaine-fluorescein	92
prenatal multi + dha	115	proparacaine hcl	92
prenatal vitamin	115	propranolol	72
prenavite	115	propylthiouracil	129
PREPIDIL	108	PROQUAD	63
PREPOPIK	103	PROSCAR	136
PRESTALIA	69	PROSTIN	108
PRETOMANID	33	PROTHELIAL	132
prevalite	74	PROTOPIC	110
PREVIDENT	95	protriptyline	118
previfem	84	PROVERA	80, 108
PREVNAR	63	PROVISC	95
PREVYMIS	59	PROVOCHOLINE	87
PREZISTA	56	prudoxin	123
PRIFTIN	33	PSORCON	127
PRIMAQUINE BRAND	46	pulmosal	133

Índice de medicamentos

PULMOZYME	130	RECOTHROM	65
purelax	103	RECTIV	103
PURIXAN	48	REGIMEX	54
pyrazinamide	32	REGLAN	102
PYRIDIUM	24	REGRANEX	124
pyridostigmine bromide	61	RELENZA	59
PYRUKYND	64, 65	relion	96
Q		RELISTOR	39
QBREXZA	125	REMERON	115
QELBREE ER	119	RENACIDIN	98
QMIIZ ODT	26	rena-vite	138
QSYMIA	54	REVELA	97
QUADRACEL	64	repaglinide	44
QUALAQUIN	46	REPATHA	73
QUDEXY	78	REQUIP	55
QUESTRAN	74	RESECTISOL	88
quetiapine fumarate	119	RESTASIS	94
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	88	RESTORIL	121
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	88	RETACRIT	79
QUILLICHEW	119	RETIN-A	128
QUILLIVANT	119	RETISERT	92
quinapril	69, 70, 71	RETROVIR	57
quinapril-hydrochlorothiazide	69	REVATIO	68
quinidine	66	REVLIMID	50
quinine	46	REXULTI	120
quit	129	REYATAZ	58
QULIPTA	20	REYVOW	20
QUVIVIQ	121	REZUROCK	136
QVAR REDIHALER	28	RHINOCORT	90
R		RHOFADE	125
rabeprazole	104	ribavirin	59, 60
RADICAVA	75	RIDAURA	25
RADIOGARDASE	134	rifabutin	32, 33
RAGWITEK	62	RIFADIN	33
raloxifene	135	RIFAMATE	33
ramelteon	121	rifampin	33
ramipril	70, 71	RIFATER	33
ranolazine	65	RILUTEK	75
RAPAMUNE	110	riluzole	75
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	88	rimantadine	59
rasagiline mesylate	55	RIMSO-50	23
RASUVO	24	RINVOQ ER	25
RAVICTI	98	RINVOQ ER 30MG TABLET	25
RAYALDEE	132	RIOMET	43
RAYOS	107	risedronate	135
RAZADYNE	61	RISPERDAL	119
REBIF	76	risperidone	119
reclipsen	84	RITALIN	119
RECOMBIVAX HB	64	RITEFLO	114

Índice de medicamentos

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
RYCLORA	42	SILICONE MASK	114
RYDAPT	51	silodosin	136
RYLAZE	53	SILVADENE	38
RYTARY	55	silver sulfadiazine	38
RYTHMOL	66	SIMBRINZA	92
RYVENT	42	simliya	84
S		simpesse	84
SABRIL	78	SIMPONI	47
SALAGEN	62	simvastatin	73
SALIVAMAX	132	SINEMET	55
salsalate	24	SINUVA	90
SAMSCA	88	sirolimus	110, 111
SANCUSO	99	SIRTURO	33
SANDIMMUNE	110, 111	SIVEXTRO	35
SANDOSTATIN	109	SKELAXIN	115
SANTYL	128	SKLICE	54
SARAFEM	117	SKYLA	85
SAXENDA	54	SKYRIZI	110, 122
SCALACORT DK	127	smoothlax	103
SCEMBLIX	51	SODIUM CITRATE	38, 39
SCLEROSOL	131	sodium fluoride	95
scopolamine	99	SODIUM OXYBATE	121
seconal	121	SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	88
SECUADO	120	SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	88
SEEBRI	27	solifenacin succinate	137
SEEBRI NEOHALER	27	SOLIQUA	43
SEGLUROMET	44	SOLODYN	36
selegiline	55	SOLOSEC	31

Índice de medicamentos

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	SUTENT	51
ssd	38	syeda	84
SSKI	97	SYLATRON	50
sss	38	SYMAX DUOTAB	100
STALEVO	55	symax-sl	100
STARLIX	44	symax-sr	100
stavudine	57	SYMBICORT	28
STEGLATRO	43	SYMBYAX	120
STEGLUJAN	44	SYMDEKO	130
STELARA	110	SYMFI	58
STERILE TALC	131	SYMJEPI	60
STERITALC	131	SYMLINPEN	43
STIMATE	105	SYMPAZAN	77
STIOLTO RESPIMAT	27	SYMPROIC	39
STIVARGA	51	SYMTUZA	56
st. joseph aspirin	56	SYNALAR	37, 127
stop smoking aid	129	SYNAREL	108
STRENSIQ	134	SYNDROS	99
STRIANT	105	SYNERA	24
STROMECTOL	46	SYNJARDY	44
strong iodine	97	SYPRINE	134
SUBOXONE	136	SYRINGE AVITENE	65
subvenite	78, 79	T	
SUCRAID	101	TABLOID	49
sucralfate	99, 100	TABRECTA	51
SULAR	67	TACHOSIL	65
sulfacetamide	30, 38, 123, 124	TACLONEX	128
sulfacetamide w/prednisolone	30	tacrolimus	110, 111
sulfacleanse	38	tadalafil	68

Índice de medicamentos

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
tazarotene	123	tiagabine	78, 79
TAZORAC	123	TIAZAC	67
taztia	67	TIBSOVO	52
TAZVERIK	50	TIGAN	99
TC99M SULFUR COLLOID PREP	87	TIGLUTIK	75
TEGRETOL	79	tilia fe	84
TEGSEDI	133	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	92
TEKURNA	73	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	92
telmisartan	70, 71	TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	92
telmisartan-amlodipine	70	TIMOLOL-LATANOPROST	92
telmisartan-hydrochlorothiazid	70	timolol maleate	72, 92
temazepam	121	TIMOPTIC	92
TEMIXYS	56	tinidazole	46
TEMODAR	48	TISSEEL VHSD	125
TEMOVATE	127	TIVICAY	58
temozolomide	48	tizanidine	115
tencon	19	TOBI PODHALER	31
TENIVAC	64	TOBRADEX EYE DROPS	29
tenofovir disoproxil fumarate	57	TOBRADEX EYE OINTMENT	30
TENORETIC	72	tobramycin	29, 30, 31
TENORMIN	72	tobramycin-dexamethasone	29, 30
terazosin	70	TOBEX	31
terbinafine	40	TODAY	80
terbutaline	27	TOLAK	53
terconazole	39	tolcapone	55
terrell	23	tolmetin	26
TESSALON PERLE	85	tolterodine tartrate	137
testosterone	105	TOPICORT	127
TESTOSTERONE	105	topiramate	79

Índice de medicamentos

topiramate er	79	tri-lo-sprintec	84
toremifene	53	trilyte	103
torse mide	88	trimethobenzamide	99
TOSYMRA	20	trimethoprim	31, 32
TOUJEO	45	tri-mili	84
tovet emollient	127	trimipramine maleate	118
TOVIAZ	137	TRINTELLIX	117
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	87	tri-previfem	84
TRACLEER	69	TRISODIUM CITRATE CRRT	39
tramadol hcl	21, 23	tri-sprintec	84
tramadol hcl-acetaminophen	21	TRIUMEQ	56
tramadol hcl er	23	tri-vitamin with fluoride	138
trandolapril	69, 71	trivora	85
trandolapril-verapamil	69	tri-vylibra	85
tranexamic acid	64	TRIZIVIR	57
TRANXENE	116	TROKENDI	79
tranylcyromine	116	tropicamide	94
travoprost	92	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	94
trazodone	117	TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	94
TRECATOR	33	tropium chloride	137
TRELEGY ELLIPTA	28	TRUDHESA	20
TREMFYA	122	TRUECONTROL	113
TRESIBA	45	TRUE METRIX	112
tretinoin	53, 123, 128	TRUEPLUS	96
TREXALL	49	TRULANCE	102
TREZIX	21	TRULICITY	43
triamcinolone acetonide	126, 127, 131	TRUMENBA	63
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	30	TRUSELTIQ	52
triamterene	89	TRUSOPT	92
trianex	127	T:SLIM	112
triazolam	121	TUKYSA	52
tri-buffered aspirin	19	tulana	85
triderm	127	TURALIO	52
TRIDESILON	127	TUSSICAPS	86
trientine	134	TUXARIN	86
TRIESENCE	92	TUZISTRA	86
tri-estarylla	84	TWINRIX	64
tri femynor	84	TYBOST	130
trifluoperazine hcl	120	tydemy	85
trifluridine	58	TYKERB	52
TRIGLIDE	74	TYLENOL W/CODEINE	21
trihexyphenidyl hcl	54	TYMLOS	109
TRIKAFTA	130	TYSABRI	135
tri-legest fe	84	TYVASO	69
tri-linyah	84	U	
TRILIPIX	74	UBRELVY	20
tri-lo-estarylla	84	UCERIS	104, 107
tri-lo-marzia	84	ULESFIA	54
tri-lo-mili	84	ULTANE	23

Índice de medicamentos

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
uro-mp	32	VIBRAMYCIN	36
URSO	101	vicodin hp	21
ursodiol	100, 101	VIEKIRA	59
uryl	32	vienva	85
ustell	32	vigadrone	79
UTIBRON	28	VIGADRONE	79
UTIBRON NEOHALER	28	VIGAMOX	31
utira-c	32	VIOICE	130
V		vilamit mb	32
valacyclovir	59	vilev mb	32
VALCHLOR	53	VIMPAT	79
VALCYTE	59	VIKACE	103
valganciclovir	59	viorele	85
valproic acid	79	VIRACEPT	58
valsartan	70, 71	VIRAMUNE	57
valsartan-hydrochlorothiazide	70	VIRAZOLE	59
VALTOCO	77	VIREAD	57
VANATOL	19	virtussin ac	87
VANOCIN	36	virtussin dac	86
vancomycin	36, 37	VISCOAT	95
vandazole	36	VISIONBLUE	95
VANTAS	50	VISTARIL	42
VAQTA	64	VISTOGARD	131
VARIVAX	64	vitamin b complex	137, 138
VARUBI	99	vitamin b-complex & c	138
VASCEPA	98	vitamin b complex with c	137
VASERETIC	69	vitamin d2	138
VASOTEC	71	vitamin k	138
VAXCHORA	63	vitamins a, c, d & fluoride	138
vcf	80	VITRAKVI	52

Índice de medicamentos

VIVJOA	40	XIGDUO	44
VIVOTIF	62	XIIDRA	94
VIZIMPRO	52	XOFLUZA	59
VOGELXO	105	XOLAIR	28, 29
VOLTAREN	122	XOPENEX	27
VONJO	52	XOSPATA	52
voriconazole	40	XTANDI	48
VORTEX	114	xulane	85
VOSEVI	59	XULTOPHY	43
VOTRIENT	52	XURIDEN	96
VOWST	101	XYOSTED	105
VOXZOGO	134	XYREM	121
VRAYLAR	120	XYWAV	121
VTAMA	123, 124	Y	
vtol Iq	19	YAZ	85
VUMERITY	76	YERVOY	53
VUSION	41	YONSA	48
vyfemla	85	YUPELRI	27
VYLEESI	119	YUTIQ	92
vylibra	85	yuvaferm	109
VYNDAMAX	134	Z	
VYNDAQEL	134	zafirlukast	28
VYVANSE	118	zaleplon	121
VYZULTA	92	ZANAFLEX	115
W		zarah	85
WAKIX	79	ZARONTIN	79
warfarin	38	ZARXIO	79
WEGOVY	54	zebutal	19
WELIREG	52	ZEJULA	52
wera	85	ZELBORAF	49
westhroid	129	ZELNORM	102
WIDE SEAL DIAPHRAGM	85	ZEMBRACE SYMTOUCH	20
wixela inhub	28	ZEMPLAR	132
women's gentle laxative	103	zenatane	123
women's laxative	103	ZENPEP	103
wymzya fe	85	zenzedi	61
X		ZENZEDI	61
XACIATO	36	ZEPATIER	60
XALKORI	52	ZEPOSIA	76
XARELTO	39	ZESTORETIC	69
XELJANZ	25	ZESTRIL	71
XELODA	49	ZIAC	72
XENICAL	54	ZIAGEN	57
XENLETA	35	ZIANA	123
XEPI	37	zidovudine	57
XERMELO	99	ZIEXTENZO	79
XEROSTOMIA RELIEF	132	zileuton	26
XHANCE	90	zinc oxide	124
XIFAXAN	35	ziprasidone	119, 120

Índice de medicamentos

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
ZOVIRAX	59, 60
ZTALMY	79
ZTLIDO	24
Z-TUSS AC	86
ZUBSOLV	136
zumandimine	83, 85
ZUPLENZ	99
ZYDELIG	52
ZYFLO	26
ZYKADIA	52
ZYLOPRIM	25
ZYMAXID	31
ZYPITAMAG	73
ZYPREXA	120
ZYVOX	35

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](https://mycigna.com) (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en [myCigna](https://mycigna.com) no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite [myCigna](https://mycigna.com) 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](https://mycigna.com) o en [myCigna.com](https://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](https://mycigna.com) o en [myCigna.com](https://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](https://mycigna.com) o en [myCigna.com](https://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 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. 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 LƯU 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).