



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

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

Para el estado de California

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

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

Servicio al Cliente las 24 horas, los 7 días de la semana: [800.Cigna24 \(800.244.6224\)](tel:8002446224)

Consulte la información sobre su cobertura en línea: [Aplicación myCigna®](#) o en [myCigna.com®](https://www.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.
975745SP b CA NPF 4-Tier Split Generics 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	11
Acerca de esta Lista de medicamentos	13
Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	233
Índice de medicamentos	234

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** (National Preferred de 4 niveles) 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 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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 cignaforhpc.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 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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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. 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.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).

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

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

1. Una aseguradora puede imponer requisitos de autorización previa para los beneficios de medicamentos con receta.
2. Cuando haya más de un medicamento apropiado para el tratamiento de una condición médica, es posible que una aseguradora requiera el tratamiento escalonado.
 - a. En circunstancias en las que una persona asegurada cambie de póliza, la nueva póliza no deberá requerir que se repita el tratamiento escalonado cuando la persona asegurada ya esté recibiendo tratamiento para una condición médica con un medicamento con receta, siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz. Una nueva póliza puede imponer un requisito de autorización previa para que continúe la cobertura de un medicamento con receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea medicamento apropiado para la persona asegurada.
3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad 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 comuniquen con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

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

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

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

R. Sí.

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite [Cigna.com/homedelivery](https://www.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
- 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](https://www.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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

P. Tomo un medicamento oral contra el cáncer. ¿Cuánto me costará que me lo despachen?

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

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

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

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En

virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** 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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes *(cont.)*

- **Determinados productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas: Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia.** No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa).

Palabras que quizás necesite conocer

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

salud. El **nivel de medicamentos** en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

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

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos genéricos no preferidos. Los medicamentos genéricos no preferidos pueden costar más que los medicamentos genéricos preferidos.	\$\$
Nivel 3	Medicamentos de marca preferida. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.	\$\$\$
Nivel 4	Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Los medicamentos de marca no preferida generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida. 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 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			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal) FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T1 T3	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento. Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (según el inglés) dentro de cada columna. Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA . Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva .
<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)	
FIORICET (<i>phrenilin forte</i>)	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY SYRINGE	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
EMGALITY PEN	T2	PA	
EMGALITY SYRINGE	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)	

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles 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)	19-25	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	53, 54
Analgésicos (condiciones urinarias)	25	Antiinfecciosos/Varios (varios)	54
Anestésicos (varios)	25	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	54
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25, 26	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	54, 55
Anestésicos (condiciones urinarias)	26	Antineoplásicos (cáncer)	56-62
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	26	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	62
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	63
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-33	Antiparasitarios (infecciones)	63, 64
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	33	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	64, 65
Antibióticos (condiciones oculares)	34, 35	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65, 66
Antibióticos (infecciones)	35-41	Antivíricos (SIDA/VIH)	66-69
Antibióticos (condiciones cutáneas)	41-43	Antivíricos (condiciones oculares)	69
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	43, 44	Antivíricos (infecciones)	69-71
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	44	Antivíricos (condiciones cutáneas)	71
Antídotos (abuso de sustancias)	44, 45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	71
Antimicóticos (condiciones oculares)	45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	71, 72
Antimicóticos (productos femeninos)	45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	72
Antimicóticos (infecciones)	45, 46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	46, 47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	73
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	47	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	73
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	48	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
Antihistamínicos (condiciones oculares)	48	Productos biológicos (varios)	73
Antihiperoglucémicos (diabetes)	48-52	Productos biológicos (condiciones cutáneas)	73
Antiinfecciosos (productos dentales)	52	Productos biológicos (vacunas)	73-77
Antiinfecciosos (productos femeninos)	52	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	77, 78
Antiinfecciosos (infecciones)	52		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	53		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	78	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	117
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	78-80	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	117
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	81	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	118-123
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	82-86	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	124
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	86-88	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	124
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	88	Hormonas (agentes hormonales)	124-129
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	88, 89	Hormonas (infertilidad)	129, 130
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	89-91	Hormonas (varias)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	91	Hormonas (productos para la osteoporosis)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	91-94	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	94	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	131
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	94	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	131, 132
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	94, 95	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	132-147
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	95	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	148-156
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	96, 97	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	156, 157
Diagnóstico (diabetes)	97	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	157-162
Diagnóstico (varios)	98-100	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	162-166
Diuréticos (diuréticos)	100, 101	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	166, 167
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	101, 102	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	167
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	102	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	167-170
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	102-107	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos convulsivos)	170
Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	108	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	170
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	108	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	170, 171
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	109, 110	Preparaciones cutáneas (varias)	172
Elect./calóricos/H2O (varios)	110	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	172
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	110-117	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	173-183
		Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	183
		Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	183

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	183	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	188-191
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	184	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	191
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	185	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	191, 192
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	185	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	192
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	185	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	192
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	185	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	192
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	185, 186	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	193
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	187	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	193
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	187	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	193, 194
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	187	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	194
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	194-232

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		
ALLZITAL	T4	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T2	
<i>butalbital/acetaminophen</i> (Bupap)	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Fioricet)	T2	
ESGIC (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
FIORICET (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T2	HD
<i>diflunisal</i>	T2	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T3	PA QL(1 AUTO-INJ/30 DAYS)
AJOVY AUTOINJECTOR	T3	PA QL(3 AUTO-INJS/90 DAYS)
AJOVY 225MG/1.5ML SYRINGE	T3	SP PA QL (1 syr/30 days)
<i>almotriptan malate 12.5 mg tab</i>	T2	QL(12 TABS/FILL)
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T2	QL(6 TABS/FILL)
AMERGE (<i>naratriptan hcl</i>)	T4	ST QL(9 TABS/FILL)
CAFERGOT (<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>)	T4	
CAMBIA	T4	ST QL(9 PACKS/FILL)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T2	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i> (Migranal)	T2	ST QL(8 MLS/FILL)
<i>eletriptan hydrobromide</i> (Relpax)	T2	QL(6 TABS/FILL)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL(1 SYRINGE/30 DAYS)
EMGALITY PEN	T3	PA QL(1 PEN/30 DAYS)
ERGOMAR	T4	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T2	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T2	
FROVA (<i>frovatriptan succinate</i>)	T4	ST QL(9 TABS/FILL)
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T2	QL(9 TABS/FILL)
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T4	ST QL(8 MLS/FILL)
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T2	QL(9 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
NURTEC ODT	T3	PA QL(16 TABS/FILL)
QULIPTA	T3	PA QL(30 TABS/30 DAYS)
REYVOW	T4	PA QL(8 TABS/TREATMENT)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T2	QL(18 TABS/FILL)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt Mlt)</i>	T2	QL(18 TABS/FILL)
<i>rizatriptan benzoate (Maxalt)</i>	T2	QL(18 TABS/FILL)
<i>sumatriptan (Imitrex)</i>	T2	QL(6 UNITS/FILL)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart (Imitrex)</i>	T2	QL(1 ML/FILL)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject (Imitrex)</i>	T2	QL(2 PENS/FILL)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart (Imitrex)</i>	T2	QL(1 ML/FILL)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject (Imitrex)</i>	T2	QL(2 PENS/FILL)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T2	QL(2 VIALS/FILL)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet (Imitrex)</i>	T2	QL(9 TABS/FILL)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet (Imitrex)</i>	T2	QL(9 TABS/FILL)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet (Imitrex)</i>	T2	QL(9 TABS/FILL)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod (Treximet)</i>	T2	ST QL(9 TABS/FILL)
TOSYMRA	T4	ST QL(6 UNITS/FILL)
TRUDHESA	T4	ST QL(4 MLS/FILL)
UBRELVY 50MG TABLET	T3	PA QL(10 TABS/TREATMENT)
UBRELVY 100MG TABLET	T3	PA QL(10 TABS/TREATMENT)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T4	ST QL(4 PENS/FILL)
<i>zolmitriptan (Zomig Zmt)</i>	T2	QL(6 TABS/FILL)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet (Zomig)</i>	T2	QL(6 TABS/FILL)
<i>zolmitriptan 5 mg nasal spray (Zomig)</i>	T2	ST QL(6 UNITS/FILL)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet (Zomig)</i>	T2	QL(6 TABS/FILL)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T3	ST QL(6 UNITS/FILL)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY (<i>zolmitriptan</i>)	T4	ST QL(6 UNITS/FILL)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T4	ST QL(5 UNITS/FILL)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	T2	HD
<i>diclofenac pot powder pack (Cambia)</i>	T2	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>diclofenac potassium</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>diclofenac potassium</i>	T2	ST HD
<i>diclofenac potassium 25 mg cap (Zipsor)</i>	T2	HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T4	ST HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T2	QL(20 TABS/FILL)
<i>ketorolac 15 mg/ml carpject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T2	HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T2	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T2	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T2	HD
<i>mefenamic acid</i>	T2	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetaminophen with codeine</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	T2	PA QL(DROP)
HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	T4	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-108/5</i>	T2	PA QL(DROP)
HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	T4	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 5-217/10</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>	T2	PA QL(DROP)
HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15	T4	PA QL(DROP)
LORTAB	T4	PA QL(DROP)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)		
NALOCET	T4	PA QL(DROP)
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>prolate 10-300 mg tablet</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>prolate 5-300 mg tablet</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>prolate 7.5-300 mg tablet</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>tramadol-acetaminophn 37.5-325</i>	T2	PA QL(240 TABS/FILL)
<i>tramadol-acetaminophn 37.5-325</i>	T2	PA QL(DROP)
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T2	PA QL(DROP)
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T2	PA QL(DROP)
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T2	PA QL(DROP)
TREZIX	T2	PA QL(DROP)
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ABSTRAL	T4	PA QL(DROP)
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T4	PA QL(DROP)
BELBUCA	T3	ST QL(60 FILMS/FILL)
buprenorphine (Butrans)	T2	ST
<i>buprenorphine 150 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>buprenorphine 300 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>buprenorphine 450 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>buprenorphine 600 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>buprenorphine 75 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>buprenorphine 750 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>buprenorphine 900 mcg film</i>	T2	ST QL(60 FILMS/FILL)
<i>butorphanol 10 mg/ml spray</i>	T2	PA QL(5 MLS/FILL)
<i>butorphanol 10 mg/ml spray</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>codeine sulfate</i>	T2	PA QL(DROP)
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T4	PA QL(DROP)
DSUVIA	T4	SP
<i>fentanyl</i>	T2	ST QL(15 PATCHES/30 DAYS)
<i>fentanyl cit otc 1,200 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL(DROP)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>fentanyl cit ofc 1,600 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>fentanyl citrate ofc 200 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>fentanyl citrate ofc 400 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>fentanyl citrate ofc 600 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>fentanyl citrate ofc 800 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydrocodone er 10 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>hydromorphone hcl</i>	T2	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>hydromorphone hcl (Dilaudid)</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>HYSINGLA ER (hydrocodone bitartrate)</i>	T3	ST QL(60 TABS/30 DAYS)
<i>KADIAN</i>	T4	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>KADIAN (morphine sulfate)</i>	T4	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY</i>	T4	PA QL (23 units/30 days)
<i>LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY</i>	T4	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>meperidine hcl</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>methadone hcl</i>	T2	ST
<i>methadone hcl</i>	T1	ST
<i>morphine sulf er 100 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 TABS/30 DAYS)
<i>morphine sulf er 15 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 TABS/30 DAYS)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 TABS/30 DAYS)
<i>morphine sulf er 30 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 TABS/30 DAYS)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>morphine sulf er 60 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 TABS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 120 mg cap</i>	T2	ST QL(60 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 20 mg cap</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T2	ST QL(60 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 45 mg cap</i>	T2	ST QL(60 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T2	ST QL(60 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 75 mg cap</i>	T2	ST QL(60 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 CAPS/30 DAYS)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T2	ST QL(60 CAPS/30 DAYS)
MS CONTIN (<i>morphine sulfate</i>)	T4	ST QL(120 TABS/30 DAYS)
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T2	PA QL(DROP)
OXAYDO	T4	PA QL(DROP)
<i>oxycodone hcl</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>oxycodone hcl (Roxicodone)</i>	T2	PA QL(DROP)
OXYCONTIN	T3	ST QL(90 TABS/30 DAYS)
<i>oxymorphone hcl</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>oxymorphone hcl</i>	T2	ST QL(DROP)
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T2	PA QL(DROP)
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T4	PA QL(DROP)
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 TABS/FILL)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 TABS/FILL)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 TABS/FILL)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	T2	PA QL(240 TABS/FILL)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 TABS/FILL)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 TABS/FILL)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/caffein</i>	T2	PA QL(DROP)
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T2	PA QL(DROP)
butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)	T2	PA QL(DROP)
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>)	T4	PA QL(DROP)
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T2	PA QL(DROP)
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T4	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i>	T2	
<i>isoflurane</i>	T2	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T2	
SUPRANE	T4	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T4	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T2	QL(60 MLS/30 DAYS)
<i>lidocaine hcl</i>	T2	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T2	QL(60 MLS/30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T2	QL(60 MLS/30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T2	QL(60 MLS/30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T2	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAINE ANESTHETIC	T4	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T4	
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T2	QL(50 GMS/28 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T2	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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		
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T2	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	T4	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T2	QL(30 GMS/30 DAYS)
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T2	
SYNERA	T4	PA
ZTLIDO	T3	PA
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl (Pyridium)</i>	T2	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T2	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T4	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T4	HD
<i>salsalate (Disalcid)</i>	T2	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (penicillamine)	T4	PA SP
<i>penicillamine (Cuprimine)</i>	T2	PA SP
<i>penicillamine (Depen)</i>	T2	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
RASUVO	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T4	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>leflunomide (Arava)</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T4	PA QL(55 TABS/365 DAYS) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/30 DAYS) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg tablet (Colcrys)</i>	T2	HD
GLOPERBA	T4	HD
MITIGARE	T3	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SALES DE ORO		
RIDAURA	T3	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol 100 mg tablet (Zyloprim)</i>	T1	HD
<i>allopurinol 300 mg tablet (Zyloprim)</i>	T1	HD
<i>febuxostat (Uloric)</i>	T2	ST HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T4	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T4	PA ST QL(30 TABS/FILL) SP HD
RINVOQ ER 30 MG TABLET	T4	PA ST QL(30 TABS/FILL) SP HD
RINVOQ ER 45 MG TABLET	T4	PA ST QL(56 TABS/365 DAYS) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(300 MLS/FILL) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
XELJANZ XR	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS (<i>ibuprofen/famotidine</i>)	T4	ST HD
<i>ibuprofen/famotidine (Duexis)</i>	T2	ST HD
COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T4	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T4	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T4	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA COX E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>naproxen/esomeprazole mag (Vimovo)</i>	T2	ST HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T4	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T4	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol (Arthrotec 50)</i>	T2	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol (Arthrotec 75)</i>	T2	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium</i>)	T4	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T4	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T2	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T4	ST HD
<i>etodolac</i>	T2	HD
<i>etodolac (Lodine)</i>	T2	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T4	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule (Nalfon)</i>	T2	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet (Nalfon)</i>	T2	ST HD
<i>flurbiprofen</i>	T2	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T2	HD
<i>indomethacin</i>	T2	HD
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	T2	HD
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen 25 mg capsule</i>	T2	ST HD
<i>ketoprofen 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen 75 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>	T2	ST HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T4	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T2	HD
<i>meloxicam 10 mg capsule (Vivlodex)</i>	T2	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>meloxicam 5 mg capsule (Vivlodex)</i>	T2	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet (Mobic)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>nabumetone (Relafen)</i>	T2	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>fenoprofen calcium</i>)	T4	ST HD
NAPRELAN	T4	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen sodium</i>)	T4	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T4	ST HD
<i>naproxen (Ec-Naprosyn)</i>	T2	HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen (Naprosyn)</i>	T2	ST HD
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	T1	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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>naproxen 375 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg kit (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg tablet (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T2	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T2	HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i>	T2	ST
<i>naproxen sodium</i>	T2	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T2	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T2	HD
<i>naproxen sodium (Naprelan)</i>	T2	ST HD
<i>oxaprozin (Daypro)</i>	T2	HD
<i>piroxicam (Feldene)</i>	T2	HD
RELAFEN (<i>nabumetone</i>)	T4	ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>	T2	HD
<i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i>	T2	ST HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib</i>	T2	HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T2	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T2	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T2	PA HD
ZYFLO	T4	PA HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
LONHALA MAGNAIR REFILL	T4	QL(60 MLS/FILL) HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T4	QL(60 MLS/FILL) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T3	QL(30 CAPS/FILL) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T3	QL(90 CAPS/FILL) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T3	QL(5 CAPS/FILL) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
YUPELRI	T3	QL(30 VLS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T4	QL(2 INHALERS/FILL) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T2	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T2	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T2	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T2	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T2	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T2	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proair Hfa)</i>	T2	QL(2 INHALERS/FILL)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proventil Hfa)</i>	T2	QL(2 INHALERS/FILL)
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T2	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T2	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T2	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T4	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol hcl</i>)	T4	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T2	QL(120 MLS/FILL) HD
BROVANA (<i>arformoterol tartrate</i>)	T4	QL(120 MLS/FILL) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T2	QL(120 MLS/FILL) HD
SEREVENT DISKUS	T3	QL(60 BLISTERS/FILL) HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
BEVESPI AEROSPHERE	T3	QL(11 GMS/FILL) HD
COMBIVENT INHALER	T3	
COMBIVENT RESPIMAT	T3	QL(2 INHALERS/FILL) HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T2	QL(540 MLS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T4	HD
STIOLTO RESPIMAT	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T4	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T4	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR DISKUS (<i>fluticasone propion/salmeterol</i>)	T4	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
ADVAIR HFA	T3	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
AIRDUO DIGIHALER	T4	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T3	PA QL(60 BLISTERS/FILL) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T3	PA QL(28 BLISTERS/FILL) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH	T3	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
<i>breyndra 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T2	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T2	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(13 GMS/FILL) HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
SYMBICORT	T3	PA QL(1 INHALER/FILL) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T3	QL(1 INHALER/FILL)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T3	QL(60 BLISTERS/FILL)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T3	QL(28 BLISTERS/FILL)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T3	QL(60 BLISTERS/FILL)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T3	QL(28 BLISTERS/FILL)
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO 160 MCG INHALER	T4	QL(2 INHALERS/FILL) HD
ALVESCO 80 MCG INHALER	T4	QL(1 INHALER/FILL) HD
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG INH	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
ARNUIITY ELLIPTA 200 MCG INH	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T3	QL(30 BLISTERS/FILL) HD
ASMANEX	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	T3	QL(13 GMS/FILL) HD
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>	T2	QL(120 MLS/FILL) HD
<i>budesonide 0.5 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>	T2	QL(120 MLS/FILL) HD
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp (Pulmicort)</i>	T2	QL(60 MLS/FILL) HD
FLOVENT 100 MCG DISKUS	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
FLOVENT 250 MCG DISKUS	T3	QL(4 INHALERS/FILL) HD
FLOVENT 50 MCG DISKUS	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
FLOVENT HFA 110 MCG INHALER	T3	QL(12 GMS/FILL) HD
FLOVENT HFA 220 MCG INHALER	T3	QL(24 GMS/FILL) HD
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	T3	QL(11 GMS/FILL) HD
QVAR REDHALER 40 MCG	T3	QL(11 GMS/FILL) HD
QVAR REDHALER 80 MCG	T3	QL(22 GMS/FILL) HD
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	T4	PA QL(1 AUTO-INJ/28 DAYS) SP HD
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(1 SYRINGE/28 DAYS) SP HD
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	T4	PA QL(1 SYRINGE/28 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA QL(1 SYRINGE/56 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T4	HD
<i>montelukast sodium (Singulair)</i>	T2	HD
<i>zafirlukast (Accolate)</i>	T2	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T2	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VL	T4	PA QL(6 VLS/28 DAYS) SP HD
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(4 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
<i>roflumilast 250 mcg tablet (Daliresp)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet (Daliresp)</i>	T2	PA HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T4	HD
THEO-24	T4	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T2	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T2	
CORTISPORIN-TC	T4	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
<i>ofloxacin</i>	T2	
OTIPRIO	T4	QL(1 ML/FILL)
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRODEX (<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T2	
OTOVEL	T4	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	T4	
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T4	
MAXITROL (<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i>)	T4	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
PRED-G	T4	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T4	
TOBRADEX	T4	
TOBRADEX (<i>tobramycin/dexamethasone</i>)	T4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T2	
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	T4	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	T4	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T4	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	T4	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T4	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T4	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T2	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T3	
BACIGUENT (<i>bacitracin</i>)	T4	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T2	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T2	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NAACL	T4	PA
CILOXAN 0.3% EYE DROPS (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T2	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T2	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	T2	
<i>gentamicin sulfate</i>	T2	
KLARITY-A (AZITHROMYCIN-CHONDR)	T4	
<i>levofloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin 0.5% eye drops</i> (Vigamox)	T2	
<i>moxifloxacin 0.5% eye drp-visc</i>	T2	
MOXIFLOXACIN 0.8 MG/0.8 ML VL	T4	PA
MOXIFLOXACIN 4 MG/0.8 ML VIAL	T4	PA
MOXIFLOXACIN 5 MG/ML VIAL	T4	PA
MOXIFLOXACIN HCL-BSS	T4	PA
MOXIFLOXACIN HCL-NAACL	T4	PA
<i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (cont.)		
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T2	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T4	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflor)	T2	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T2	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>)	T4	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T2	
TOBEX	T4	
TOBEX (<i>tobramycin</i>)	T4	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T4	
ZYMAXID (<i>gatifloxacin</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T3	QL(1 PACK/FILL)
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>)	T4	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>)	T4	
<i>sulfadiazine</i>	T2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T2	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T4	PA QL(224 MLS/FILL) SP HD
<i>gentamicin 20 mg/2 ml vial</i>	T2	PA
<i>gentamicin 80 mg/2 ml vial</i>	T2	PA
<i>gentamicin 800 mg/20 ml vial</i>	T2	PA
<i>gentamicin ped 20 mg/2 ml vial</i>	T2	PA
KITABIS PAK	T4	PA QL(280 MLS/FILL) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T2	
TOBI PODHALER	T4	PA QL(224 CAPS/FILL) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i> (Bethkis)	T2	PA QL(224 MLS/FILL) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i> (Tobi)	T2	PA QL(280 MLS/FILL) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T4	PA QL(280 MLS/FILL) SP HD
<i>tobramycin sulfate</i>	T2	PA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T4	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T2	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomicin tromethamine</i> (Monurol)	T2	
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T4	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T2	
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T2	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T2	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T2	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T2	
<i>methenamine mandelate</i>	T2	
MONUROL (<i>fosfomicin tromethamine</i>)	T4	
PRIMSOL	T4	
<i>trimethoprim</i>	T2	
TRIMPEX	T4	
URELLE	T4	
URIBEL	T4	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T2	
THALOMID 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
THALOMID 150 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
THALOMID 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
THALOMID 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T2	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T2	HD
<i>isoniazid</i>	T2	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T4	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T4	HD
PASER	T4	HD
<i>pyrazinamide</i>	T2	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T2	HD
TRECTOR	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T4	
PRETOMANID	T4	PA
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T4	
<i>rifampin</i>	T2	
RIFATER	T4	
SIRTURO	T4	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL(84 MLS/FILL) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T2	
<i>cephalexin</i>	T2	
<i>cephalexin (Keflex)</i>	T2	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T2	
<i>cefprozil</i>	T2	
<i>cefuroxime axetil</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil (Spectracef)</i>	T2	
<i>cefixime (Suprax)</i>	T2	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T2	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T2	PA
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T4	
SUPRAX	T4	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T4	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	T4	
<i>clindamycin hcl (Cleocin Hcl)</i>	T2	
<i>clindamycin palmitate hcl (Cleocin Pediatric)</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i>	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T2	
<i>clarithromycin</i>	T2	
DIFICID 200 MG TABLET	T4	QL(20 TABS/FILL)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T4	QL(1 BOTTLE/FILL)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T2	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin base</i>)	T4	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T2	
<i>erythromycin stearate</i>	T2	
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T4	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T4	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T4	
MACROBID (<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>)	T4	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	T4	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrochantin)	T2	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T2	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T2	PA
SIVEXTRO	T4	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T4	PA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T2	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T2	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T3	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T4	
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T2	
MOXATAG	T4	
<i>penicillin v potassium</i>	T2	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T4	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T3	QL(28 TABS/FILL)
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T4	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T2	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
FACTIVE	T4	
<i>levofloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T2	
<i>ofloxacin</i>	T2	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T4	QL(12 TABS/FILL)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T3	QL(9 TABS/FILL)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T3	QL(60 TABS/FILL)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
AVIDOXY DK	T4	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T2	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T2	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T2	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 hyc dr 150 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab (Doryx)</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab (Doryx)</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap (Vibramycin)</i>	T2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab (Lymepak)</i>	T2	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab (Acticlate)</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T2	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab (Acticlate)</i>	T2	ST
<i>doxycycline mono 100 mg cap (Monodox)</i>	T2	
<i>doxycycline mono 100 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 150 mg cap</i>	T2	ST
<i>doxycycline mono 150 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 50 mg cap (Monodox)</i>	T2	
<i>doxycycline mono 50 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 75 mg capsule (Monodox)</i>	T2	
<i>doxycycline mono 75 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T2	
<i>doxycycline monohydrate (Monodox)</i>	T2	
LYMEPAK (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	
<i>minocycline hcl</i>	T2	
<i>minocycline hcl</i>	T2	ST
<i>minocycline hcl (Solodyn)</i>	T2	ST
MINOLIRA ER	T4	ST
MONODOX (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T4	ST
<i>morgidox 100 mg capsule (Vibramycin)</i>	T2	
MORGIDOX 1X100 MG KIT	T4	ST
MORGIDOX 1X50 MG KIT	T4	ST
MORGIDOX 2X100 MG KIT	T4	ST
<i>morgidox 50 mg capsule</i>	T2	
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS	T4	SP
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS WITH LOAD	T4	SP
SEYSARA	T4	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl</i>)	T4	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
TARGADOX	T4	ST
tetracycline hcl	T2	
VIBRAMYCIN	T4	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T4	ST
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T4	
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T4	
<i>clindamycin 2% vaginal cream</i> (Cleocin)	T2	
CLINDESSE	T4	
METROGEL-VAGINAL (<i>metronidazole</i>)	T4	
<i>metronidazole</i> (Metrogel-Vaginal)	T2	
NUVESSA	T4	
XACIATO	T4	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOICIN HCL 125 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL(40 CAPS/FILL)
VANCOICIN HCL 250 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL(80 CAPS/FILL)
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T2	QL(450 MLS/FILL)
<i>vancomycin 125 mg capsule</i>	T2	PA QL(40 CAPS/30 DAYS)
<i>vancomycin 250 mg capsule</i>	T2	PA QL(80 CAPS/30 DAYS)
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T4	
NEO-SYNALAR	T4	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AKTIPAK	T4	ST
AMZEEQ	T4	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
CENTANY	T4	ST QL(30 GMS/FILL)
CENTANY AT	T4	ST QL(1 KIT/FILL)
CLEOCIN T 1% LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL(120 MLS/30 DAYS)
CLEOCIN T 1% PLEDGETS (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T2	
CLINDACIN ETZ KIT	T4	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
CLINDACIN PAC	T4	ST
<i>clindamycin ph 1% gel</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	T2	QL(120 MLS/30 DAYS)
<i>clindamycin phos 1% pledget</i> (Cleocin T)	T2	
<i>clindamycin phosp 1% lotion</i> (Cleocin T)	T2	QL(120 MLS/30 DAYS)
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T2	
<i>clindamycin phosphate 1% foam</i> (Evoclin)	T2	QL(100 GMS/30 DAYS)
<i>clindamycin phosphate 1% gel</i> (Clindagel)	T2	QL(150 MLS/30 DAYS)
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T2	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T2	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
<i>gentamicin 0.1% cream</i>	T2	QL(60 GMS/FILL)
<i>gentamicin 0.1% ointment</i>	T2	QL(60 GMS/FILL)
<i>mupirocin 2% cream</i>	T2	ST QL(30 GMS/FILL)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T2	QL (1 treatment/30 days)
XEPI	T4	ST QL(30 GMS/FILL)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR LS	T4	ST
AVAR-E	T4	ST
AVAR-E GREEN	T4	ST
AVAR-E LS	T4	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T2	
PLEXION	T4	ST
ROSULA 10%-4.5% WASH	T4	ST
<i>rosula 10%-5% cloths</i>	T2	
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T4	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T2	
<i>sod sulface-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T2	
<i>sod sulface-sulfur 9-4.5% wash</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfr 9.8-4.8%pad</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-4% pad</i> (Sumaxin)	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-5% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% crm</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% lot</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% crm</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% sus</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T2	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T3	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	T4	
SUMADAN	T4	ST
SUMADAN XLT	T4	ST
SUMAXIN	T4	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	T4	ST
SUMAXIN CP	T4	ST
SUMAXIN TS	T4	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T4	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T4	
SODIUM CITRATE	T4	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T4	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS	T3	PA
XARELTO	T3	PA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T4	SP
<i>enoxaparin sodium</i> (Lovenox)	T2	SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T2	SP
FRAGMIN	T4	SP
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 2,000 unit/2 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 5,000 unit/ml carpject</i>	T2	
<i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i>	T2	
<i>heparin sod 1,000 unit/ml vial</i>	T2	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T2	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T2	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T4	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG	T4	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	T2	PA HD
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T3	QL(30 TABS/FILL)
RELISTOR	T3	ST
SYMPROIC	T3	
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
EVZIO, NALOXONE	T4	
KLOXXADO	T3	QL(2 UNITS/FILL)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T2	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T2	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T4	ST QL(1 ML/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS OPIOIDES (cont.)		
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T2	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>	T2	QL(2 UNITS/FILL)
<i>naltrexone hcl</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T3	QL(2 UNITS/FILL)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T4	
<i>miconazole nitrate</i>	T2	
<i>terconazole</i>	T2	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON	T4	PA
<i>clotrimazole</i>	T2	
CRESEMBA	T3	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 100 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 150 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	QL(2 TABS/FILL)
DIFLUCAN 200 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 50 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp (Diflucan)</i>	T2	
<i>fluconazole 100 mg tablet (Diflucan)</i>	T2	
<i>fluconazole 150 mg tablet (Diflucan)</i>	T2	QL(2 TABS/FILL)
<i>fluconazole 200 mg tablet (Diflucan)</i>	T2	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp (Diflucan)</i>	T2	
<i>fluconazole 50 mg tablet (Diflucan)</i>	T2	
<i>flucytosine (Ancobon)</i>	T2	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution (Sporanox)</i>	T2	QL(2 BOTTLES/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
<i>itraconazole 100 mg capsule (Sporanox)</i>	T2	QL(30 CAPS/FILL)
<i>itraconazole 100 mg/10 ml cup (Sporanox)</i>	T2	QL(2 BOTTLES/FILL)
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i>	T2	
NOXAFIL	T3	PA
NOXAFIL 300 MG POWDERMIX SUSP	T4	PA
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T3	PA SP
ORAVIG	T4	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSP	T3	PA
<i>posaconazole dr 100 mg tablet (Noxafil)</i>	T2	PA
SPORANOX 10 MG/ML SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	T4	QL(2 BOTTLES/FILL)
SPORANOX 100 MG CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	T4	QL(30 CAPS/FILL)
<i>terbinafine hcl</i>	T2	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T4	PA
VIVJOA	T4	PA QL(18 CAPS/FILL)
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T2	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME	T4	ST QL(4 TABS/FILL)
<i>griseofulvin ultramicrosized</i>	T2	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T2	
<i>nystatin 100,000 unit/ml susp</i>	T2	
<i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>	T2	
<i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>	T2	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T2	QL(90 GMS/28 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T2	QL(60 MLS/28 DAYS)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL(90 GMS/28 DAYS)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T4	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T2	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL(90 GMS/28 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T2	QL(100 GMS/28 DAYS)
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T2	QL(60 MLS/28 DAYS)
<i>ciclopirox 1% shampoo (Loprox)</i>	T2	QL(120 MLS/28 DAYS)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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</i>	T2	
<i>econazole nitrate</i>	T2	QL(85 GMS/28 DAYS)
EXELDERM 1% CREAM	T4	QL(60 GMS/28 DAYS)
EXELDERM 1% SOLUTION	T4	QL(60 MLS/28 DAYS)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T4	ST QL(100 GMS/28 DAYS)
JUBLIA	T4	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T2	ST QL(100 GMS/28 DAYS)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T2	QL(120 MLS/28 DAYS)
<i>ketodan 2% foam (Extina)</i>	T2	ST QL(100 GMS/28 DAYS)
<i>ketodan 2% foam kit</i>	T2	ST
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox olamine</i>)	T4	QL(90 GMS/28 DAYS)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T4	QL(544 GMS/30 DAYS)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T4	QL(1 KIT/30 DAYS)
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox olamine</i>)	T4	QL(60 MLS/28 DAYS)
LOPROX 1% SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	T4	QL(120 MLS/28 DAYS)
LUZU	T4	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>naftifine hcl</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
NAFTIN	T4	QL(60 GMS/28 DAYS)
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T4	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>nystatin</i>	T2	QL(180 GMS/FILL)
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>nystatin 100,000 unit/gm oint</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>nystatin 100,000 unit/gm powd</i>	T2	QL(180 GMS/FILL)
<i>nystatin/triamcin</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T2	QL(60 GMS/28 DAYS)
<i>tavaborole</i>	T2	ST
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T2	
<i>phenylephrine/chlor-tan</i>	T2	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T4	QL(60 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T2	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i>	T2	ST
<i>clemastine fumarate</i>	T2	
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml soln</i>	T2	
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup</i>	T2	
<i>cyproheptadine 4 mg tablet</i>	T2	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T4	
<i>dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)</i>	T2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>	T1	
KARBINAL ER	T4	ST
<i>promethazine hcl</i>	T2	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T4	
RYVENT	T4	ST
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T4	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T4	
<i>desloratadine</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>desloratadine (Clarinet)</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T2	
BEPREVE	T2	
<i>epinastine hcl</i>	T2	
LASTACAFT 0.25% EYE DROPS	T4	ST
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T4	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T4	PA HD QL (1 kit/28 days)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
BYDUREON BCISE	T3	PA QL(4 AUTO-INJS/FILL) HD
BYDUREON PEN	T3	PA QL(4 PENS/FILL) HD
BYETTA	T3	PA QL(1 PEN/FILL) HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN	T3	PA QL(1 PEN/FILL) HD
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5ML)	T3	PA QL(2 PENS/FILL) HD
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	T3	PA QL(1 PEN/FILL) HD
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	T3	PA QL(1 PEN/FILL) HD
RYBELSUS	T3	PA QL(30 TABS/FILL) HD
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(4 PENS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T3	QL(15 MLS/FILL) HD
XULTOPHY 100-3.6	T3	QL(15 MLS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T4	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA		
MOUNJARO	T3	PA QL(4 PENS/FILL)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T2	HD
<i>miglitol</i>	T2	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T4	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T3	PA QL(7 PENS/FILL) HD
SYMLINPEN 60	T3	PA QL(7 PENS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET ER 1,000 MG TABLET (<i>metformin hcl</i>)	T4	PA QL(60 TABS/FILL) HD
FORTAMET ER 500 MG TABLET (<i>metformin hcl</i>)	T4	PA QL(30 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 1,000 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T2	PA QL(60 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i> (Fortamet)	T2	PA QL(60 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 500 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T2	PA QL(120 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i> (Fortamet)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) HD
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg/5 ml soln</i> (Riomet)	T2	ST HD
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	T1	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 BIGUANIDAS (cont.)		
<i>metformin hcl 850 mg/8.5ml cup (Riomet)</i>	T2	ST HD
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	T1	QL(120 TABS/FILL) HD
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T4	ST HD
RIOMET ER	T4	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T4	HD
<i>glimepiride (Amaryl)</i>	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
<i>glipizide (Glucotrol XI)</i>	T1	HD
<i>glipizide (Glucotrol XI)</i>	T2	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide</i>)	T4	HD
<i>glyburide</i>	T2	HD
<i>glyburide, micronized (Glynase)</i>	T2	HD
GLYNASE (<i>glyburide, micronized</i>)	T4	HD
<i>nateglinide</i>	T2	HD
PRANDIN (<i>repaglinide</i>)	T4	HD
<i>repaglinide</i>	T2	HD
<i>repaglinide (Prandin)</i>	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
STEGLUJAN	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T4	ST
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	T2	QL(90 TABS/FILL) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl (Actoplus Met)</i>	T2	QL(90 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride (Duetact)</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T2	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T2	QL(150 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SEGLUROMET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SYNJARDY	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
JARDIANCE	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
STEGLATRO	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T3	ST HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T4	HD
HUMALOG	T3	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T3	HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T3	HD
HUMALOG MIX 50-50	T3	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T3	HD
HUMALOG MIX 75-25	T3	HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN 70-30	T3	HD
HUMULIN N	T3	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN R	T3	HD
HUMULIN R U-500	T3	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T3	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T3	HD
LEVEMIR	T3	HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T3	HD
LYUMJEV	T3	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T3	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T3	HD
MYXREDLIN	T4	HD
SEMGLEE (YFGN)	T3	HD
SEMGLEE (YFGN) PEN	T3	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	HD
TRESIBA	T3	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T3	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T3	HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos dentales)		
TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECCIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL		
ARESTIN	T4	SP HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
AVC	T4	
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T2	
RELAGARD (<i>acetic acid/oxyquinoline</i>)	T4	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
tinidazole 250 mg tablet	T2	QL(40 TABS/30 DAYS)
<i>tinidazole 500 mg tablet</i>	T2	QL(20 TABS/30 DAYS)
AMEBICIDAS		
HUMATIN	T4	
<i>paromomycin sulfat</i> e	T2	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T2	QL(120 TABS/30 DAYS)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T4	QL(120 TABS/30 DAYS)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T4	
EMVERM	T3	QL(6 TABS/30 DAYS)
<i>ivermectin 3 mg tablet</i> (Stromectol)	T2	PA QL(14 TABS/30 DAYS)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T2	
STROMECTOL (<i>ivermectin</i>)	T4	PA QL(14 TABS/30 DAYS)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T4	QL(16 TABS/FILL)
<i>atovaquone-proguanil 250-100</i> (Malarone)	T2	QL(60 TABS/180 DAYS)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25</i> (Malarone)	T2	QL(180 TABS/180 DAYS)
<i>chloroquine phosphate</i>	T2	
COARTEM	T3	QL(24 TABS/30 DAYS)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T4	PA SP
HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB	T4	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i> (Plaquenil)	T2	
HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG TAB	T4	
HYDROXYCHLOROQUINE 400 MG TAB	T4	
KRINTAFEL	T4	QL(2 TABS/30 DAYS)
MALARONE 250-100 MG TABLET (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T4	QL(60 TABS/180 DAYS)
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T4	QL(180 TABS/180 DAYS)
<i>mefloquine hcl</i>	T2	QL(13 TABS/180 DAYS)
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	T3	QL(120 TABS/180 DAYS)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 CONTRA LA MALARIA (cont.)		
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	T2	QL(120 TABS/180 DAYS)
<i>pyrimethamine 25 mg tablet (Daraprim)</i>	T2	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet (Daraprim)</i>	T2	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T4	QL(42 CAPS/30 DAYS)
<i>quinine sulfate (Qualaquin)</i>	T2	QL(42 CAPS/30 DAYS)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone (Mepron)</i>	T2	
BENZNIDAZOLE	T3	QL(360 TABS/FILL)
IMPAVIDO	T3	PA QL(84 CAPS/30 DAYS)
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T4	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T4	QL(1 VL/28 DAYS)
<i>pentamidine isethionate (Nebupent)</i>	T2	QL(1 VL/28 DAYS)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T2	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T4	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T4	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T4	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T2	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T4	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T2	
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 25 MG KIT	T4	PA QL(8 VLS/28 DAYS) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(8 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL(8 VIALS/28 DAYS) SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(DROP) SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL(DROP) SP HD
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL(DROP) SP HD
HUMIRA	T4	PA QL(2 SRNGE KITS/28 DAYS) SP HD
HUMIRA PEN	T4	PA QL(2 KITS/28 DAYS) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL(6 PENS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	T4	PA QL(4 PENS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF)	T4	PA QL(2 SRNGE KITS/28 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEDI CROHN 80-40 MG	T4	PA QL(2 SRNGE KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEDI CROHN 80MG/0.8	T4	PA QL(3 SRNGE KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T4	PA QL(2 KITS/28 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T4	PA QL(2 PENS/28 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL(3 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T4	PA QL(4 PENS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T4	PA QL(3 KITS/365 DAYS) 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	PA SP
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL(1 PEN/30 DAYS) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(1 SYRINGE/30 DAYS) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T2	PA SP HD CSL
-------------------------------	----	--------------

ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS

JELMYTO	T4	PA SP CSL
---------	----	-----------

ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T4	PA QL(6 CAPS/FILL) CSL
ZOLINZA	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T4	SP CSL
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T2	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T4	SP HD CSL
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T2	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T4	SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)		
GLEOSTINE	T3	CSL
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T4	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T2	CSL
LEUKERAN	T3	CSL
<i>melfalan</i> (Alkeran)	T2	SP CSL
MYLERAN	T3	CSL
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T4	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i>	T2	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T2	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> (Zytiga)	T2	PA QL (120 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)	T2	PA QL (60 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T2	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T4	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
EULEXIN (<i>flutamide</i>)	T4	CSL
<i>flutamide</i> (Eulexin)	T2	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T4	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T2	PA CSL
NUBEQA	T4	PA QL (120 TABS/FILL) SP HD CSL
XTANDI 40 MG CAPSULE	T4	PA QL (120 TABS/CAPS/FILL) SP HD CSL
XTANDI 40 MG TABLET	T4	PA QL (120 TABS/CAPS/FILL) SP HD CSL
XTANDI 80 MG TABLET	T4	PA QL (60 TABS/FILL) SP HD CSL
YONSA	T4	PA QL (120 TABS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine 150 mg tablet</i> (Xeloda)	T2	PA QL (56 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>capecitabine 500 mg tablet</i> (Xeloda)	T2	PA QL (140 TABS/FILL) SP HD CSL
LONSURF	T4	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T2	CSL
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T2	
PURIXAN	T4	SP CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (cont.)		
TABLOID	T4	CSL
TREXALL	T4	CSL
XELODA 150 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD QL (140 tabs/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T2	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T4	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T2	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T4	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T2	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	T4	PA QL(180 CAPS/FILL) SP HD CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL
ZELBORAF	T4	PA QL(240 TABS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO 100 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
DAURISMO 25 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
ERIVEDGE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
ODOMZO	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T4	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T4	PA QL(63 TABS/FILL) SP HD CSL
KOSELUGO	T4	PA SP CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP HD QL (108ml/30 days) CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
MEKTOVI	T4	PA QL(180 TABS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
<i>everolimus 10 mg tablet</i> (Afinitor)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>everolimus 2 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
<i>everolimus 3 mg tab for susp (Afinitor Disperz)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<i>everolimus 5 mg tab for susp (Afinitor Disperz)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<i>everolimus 5 mg tablet (Afinitor)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>everolimus 7.5 mg tablet (Afinitor)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T2	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
POMALYST	T4	PA SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
VANTAS	T4	PA SP CSL
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL(240 CAPS/FILL) SP HD CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
AYVAKIT	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
BALVERSA	T4	PA SP CSL
BOSULIF 100 MG TABLET	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD CSL
BOSULIF 400 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
BOSULIF 500 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
BRUKINSA	T4	PA SP CSL
CABOMETYX	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
CALQUENCE	T4	PA QL(60 TABS/CAPS/FILL) SP CSL
CAPRELSA 100 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP CSL
CAPRELSA 300 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	T4	PA QL(56 CAPS/FILL) SP HD CSL
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	T4	PA QL(112 CAPS/FILL) SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	T4	PA QL(84 CAPS/FILL) SP HD CSL
COPIKTRA	T4	PA QL(56 CAPS/FILL) SP CSL
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet (Tarceva)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 150 mg tablet (Tarceva)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet (Tarceva)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
GILOTRIF	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
IBRANCE	T4	PA QL(21 TABS/CAPS/FILL) SP HD CSL
ICLUSIG	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<i>imatinib mesylate 100 mg tab (Gleevec)</i>	T2	PA QL(180 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>imatinib mesylate 400 mg tab (Gleevec)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP CSL
IMBRUVICA 140 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
IMBRUVICA 280 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
IMBRUVICA 420 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
IMBRUVICA 560 MG TABLET	T4	PA SP CSL
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP CSL
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	T4	PA QL(3 BOTTLES/FILL) SP CSL
INLYTA 1 MG TABLET	T4	PA QL(180 TABS/FILL) SP HD CSL
INLYTA 5 MG TABLET	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD CSL
IRESSA	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
KISQALI	T4	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T4	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
<i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i>	T2	PA QL(180 TABS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(90 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(90 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(90 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 4 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD CSL
LORBRENA 100 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
LORBRENA 25 MG TABLET	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD CSL
LYNPARZA	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD CSL
LYTGOBI	T4	PA SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD CSL
NEXAVAR (<i>sorafenib tosylate</i>)	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL(3 CAPS/FILL) SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL(28 TABS/30 DAYS) SP CSL
PIQRAY	T4	PA SP HD CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(180 CAPS/FILL) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(90 CAPS/FILL) SP HD CSL
RUBRACA	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP CSL
RYDAPT	T4	PA QL(224 CAPS/FILL) 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
<i>sorafenib tosylate</i> (Nexavar)	T2	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD CSL
SPRYCEL 100 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
SPRYCEL 140 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
SPRYCEL 20 MG TABLET	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD CSL
SPRYCEL 50 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
SPRYCEL 70 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
SPRYCEL 80 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL(84 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i> (Sutent)	T2	PA QL(90 CAPS/FILL) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 25 mg capsule</i> (Sutent)	T2	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 37.5 mg cap</i> (Sutent)	T2	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 50 mg capsule</i> (Sutent)	T2	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
SUTENT 12.5 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA ST QL(90 CAPS/FILL) SP HD CSL
SUTENT 25 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA ST QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
SUTENT 37.5 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA ST QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
SUTENT 50 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA ST QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
TABRECTA	T4	PA SP HD CSL
TAGRISSO	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TALZENNA	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD CSL
TARCEVA 25 MG TABLET (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
TARCEVA 100 MG TABLET (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
TARCEVA 150 MG TABLET (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
TASIGNA 150 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 CAPS/FILL) SP HD CSL
TASIGNA 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 CAPS/FILL) SP HD 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
TUKYSA 150 MG TABLET	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP CSL
TUKYSA 50 MG TABLET	T4	PA QL(300 TABS/FILL) SP CSL
TURALIO	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib ditosylate</i>)	T4	PA QL(180 TABS/FILL) SP HD CSL
VERZENIO	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(300 MLS/FILL) SP HD CSL
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	T4	PA QL(180 CAPS/FILL) SP HD CSL
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD CSL
VIZIMPRO	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP CSL
VOTRIENT	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD CSL
XALKORI	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP CSL
ZEJULA 100MG, 200MG, 300MG TABLET	T3	SP PA
ZYDELIG	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD CSL
ZYKADIA	T4	PA QL(90 TABS/CAPS/FILL) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2)	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP CSL
VENCLEXTA 10 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP CSL
VENCLEXTA 100 MG TABLET	T4	PA QL(180 TABS/FILL) SP CSL
VENCLEXTA 50 MG TABLET	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL(42 TABS/FILL) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)		
WELIREG	T4	PA SP CSL

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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 ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T2	SP HD CSL
LYSODREN	T3	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T2	CSL
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T4	HD CSL
SOLTAMOX	T4	HD PPACA CSL
<i>tamoxifen citrate</i>	T2	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T2	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol 20 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>megestrol 40 mg tablet</i>	T2	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
AMELUZ	T4	SP
LEVULAN	T4	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
bexarotene 1% gel (Targretin)	T2	PA SP HD
diclofenac sodium 3% gel	T2	PA QL(100 GMS/28 DAYS)
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T4	
FLUOROPLEX	T4	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T2	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T2	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T2	
PANRETIN	T4	PA SP HD
TARGRETIN 1% GEL (<i>bexarotene</i>)	T4	PA SP HD
TOLAK	T4	
VALCHLOR	T4	PA SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P 37.5 MG CAPSULE (<i>phentermine hcl</i>)	T4	PA QL(30 CAPS/FILL)
ADIPEX-P 37.5 MG TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	T4	PA QL(30 TABS/FILL)
<i>benzphetamine hcl</i>	T2	PA QL(90 TABS/FILL)
<i>diethylpropion hcl</i>	T2	PA QL(90 TABS/FILL)
<i>diethylpropion hcl</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL)
LOMAIRA	T4	PA QL(90 TABS/FILL)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T2	PA QL(30 CAPS/FILL)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T2	PA QL(180 TABS/FILL)
<i>phentermine 15 mg capsule</i>	T2	PA QL(30 CAPS/FILL)
<i>phentermine 30 mg capsule</i>	T2	PA QL(30 CAPS/FILL)
<i>phentermine 37.5 mg capsule (Adipex-P)</i>	T2	PA QL(30 CAPS/FILL)
<i>phentermine 37.5 mg tablet (Adipex-P)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL)
QSYMIA	T4	PA QL(30 CAPS/FILL)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T4	PA QL(6 MLS/30 DAYS) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T4	PA QL(5 PENS/FILL)
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 PENS/YEAR)
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 PENS/YEAR)
WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 PENS/YEAR)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN	T3	PA QL(8 PENS/YEAR)
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN	T3	PA QL(4 PENS/28 DAYS)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T4	PA
BELVIQ XR	T4	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T4	PA QL(120 TABS/FILL)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
ORLISTAT	T4	PA QL(90 CAPS/FILL)
XENICAL	T4	PA QL(90 CAPS/FILL)
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T3	QL(180ml/30 days)
<i>nitazoxanide (Alinia)</i>	T2	QL(12 TABS/30 DAYS)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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

ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)		
<i>crotamiton</i>	T2	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T4	
EURAX	T4	
<i>ivermectin 0.5% lotion</i> (Sklice)	T2	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T2	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T4	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T2	
ULESFIA	T4	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T2	HD
<i>apomorphine hcl</i>	T2	PA QL(30 MLS/30 DAYS) SP
AZILECT (<i>rasagiline mesylate</i>)	T4	ST HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T2	HD
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T4	HD
DUOPA	T4	PA SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T2	HD
INBRIJA	T4	PA QL(300 CAPS/FILL) SP HD
KYNMOBI	T3	PA QL(150 FILMS/30 DAYS) HD
MIRAPEX ER (<i>pramipexole di-hcl</i>)	T4	HD
NEUPRO	T4	HD
NOURIANZ	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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		
OSMOLEX ER 129 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) HD
OSMOLEX ER 193 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) HD
OSMOLEX ER 322 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 TABS/FILL) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T4	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T2	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex Er)	T2	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T2	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T2	HD
RYTARY	T4	HD
<i>selegiline hcl</i>	T2	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T4	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T4	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 150 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 200 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T4	PA HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T2	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T2	PA
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T4	PA
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T2	HD
BRILINTA	T3	HD
<i>cilostazol</i>	T2	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T2	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T4	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T2	HD
ZONTIVITY	T4	PA HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T4	
<i>anagrelide hcl</i>	T2	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T2	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
JULUCA	T4	SP
DOVATO	T4	SP
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA	T4	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMTUZA	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg (Truvada)</i>	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg (Truvada)</i>	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg (Truvada)</i>	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg (Truvada)</i>	T2	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfato/lamivudine (Epzicom)</i>	T2	SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine (Trizivir)</i>	T2	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine/zidovudine</i>)	T4	SP
EPZICOM (<i>abacavir sulfato/lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine/zidovudine (Combivir)</i>	T2	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
<i>maraviroc (Selzentry)</i>	T2	SP
SELZENTRY 150 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T4	SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	SP
SELZENTRY 25 MG TABLET	T4	SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T4	SP
SELZENTRY 75 MG TABLET	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)	T2	SP
<i>etravirine</i> (Intelence)	T2	SP
INTELENCE 100 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 200 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 25 MG TABLET	T4	SP
<i>nevirapine</i>	T2	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune Xr)	T2	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T4	SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T2	SP
<i>didanosine</i>	T2	SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T2	SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T4	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T2	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T4	SP
<i>stavudine</i>	T2	SP
ZIAGEN (<i>abacavir sulfate</i>)	T4	SP
<i>zidovudine</i>	T2	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T2	SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 200 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 250 MG TABLET	T4	SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.)		
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T4	SP
VIREAD POWDER	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA (<i>lopinavir/ritonavir</i>)	T4	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T2	SP
EVOTAZ	T4	SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T2	SP
INVIRASE	T4	SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>)	T4	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T4	SP
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	T4	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T2	SP
VIRACEPT	T4	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T4	PA SP PPACA
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
<i>efavirenz/emtricit/tenofovir df</i> (Atripla)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> (Symfi Lo)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> (Symfi)	T2	SP
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI (<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i>)	T4	SP
SYMFI LO (<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i>)	T4	SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T2	
ZIRGAN	T4	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID 150-100 MG PACK (EUA)	T3	QL(20 TABS/180 DAYS)
PAXLOVID 300-100 MG PACK (EUA)	T3	QL(30 TABS/180 DAYS)
ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
LAGEVRIO (EUA)	T3	QL(40 CAPS/180 DAYS)
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir 200 mg capsule	T2	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T2	
acyclovir 400 mg tablet	T2	
acyclovir 800 mg tablet	T2	
famciclovir 125 mg tablet	T2	QL(21 TABS/FILL)
famciclovir 250 mg tablet	T2	QL(60 TABS/FILL)
famciclovir 500 mg tablet	T2	QL(21 TABS/FILL)
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T4	
LIVTENCITY	T4	PA QL(112 TABS/28 DAYS) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T2	QL(180 MLS/30 DAYS)
oseltamivir phos 30 mg RINVOQ capsule (Tamiflu)	T2	QL(20 CAPS/30 DAYS)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T2	QL(10 CAPS/30 DAYS)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T2	QL(10 CAPS/30 DAYS)
PREVYMIS	T4	QL(30 TABS/FILL) SP HD
RELENZA	T4	QL(20 BLISTERS/10 DAYS)
ribavirin 6 gm inhalation vial	T2	PA SP
rimantadine hcl (Flumadine)	T2	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL(20 CAPS/FILL)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL(10 CAPS/FILL)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T4	QL(180 MLS/FILL)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL(10 CAPS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>valacyclovir hcl</i> (Valtrex)	T2	QL(30 TABS/FILL)
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T4	
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T2	
VIRAZOLE	T4	PA SP
XOFLUZA	T4	QL(1 TAB/FILL)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T4	
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 150-37.5 MG PELLETT PKT	T4	PA QL(28 PACKS/FILL) SP HD
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP HD
EPCLUSA 200-50 MG PELLETT PACK	T4	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T4	PA QL(28 PACKS/FILL) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA QL(>= 18 YO 28 TABS/FILL) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T2	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T2	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine</i>)	T4	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T4	SP
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T4	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T2	SP
VEMLIDY	T4	SP HD
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T2	ST SP HD
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T2	ST SP
<i>ribavirin</i>	T2	ST SP HD
<i>ribavirin 200 mg capsule</i>	T2	ST SP HD
<i>ribavirin 200 mg tablet</i>	T2	ST SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
VIRUS DE LA HEPATITIS C – COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP HD
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i>	T2	PA QL(5 GMS/FILL)
<i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i>	T2	PA QL(30 GMS/FILL)
DENAVIR	T4	
<i>penciclovir</i>	T2	
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T4	PA QL(5 GMS/FILL)
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	T3	PA QL(2 AUTO-INJS/FILL)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject (Epipen Jr 2-Pak)</i>	T2	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject (Epipen Jr)</i>	T2	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epipen 2-Pak)</i>	T2	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epipen)</i>	T2	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 AUTO-INJS/FILL)
EPIPEN 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 AUTO-INJS/FILL)
EPIPEN JR (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 AUTO-INJS/FILL)
EPIPEN JR 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 AUTO-INJS/FILL)
SYMJEPI	T3	QL(2 SYRINGES/FILL)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ADLARITY	T4	ST HD
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T4	ST HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl 10 mg tablet (Aricept)</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl 23 mg tablet (Aricept)</i>	T1	ST HD
<i>donepezil hcl 5 mg tablet (Aricept)</i>	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T4	ST HD
<i>galantamine hbr</i>	T2	HD
<i>galantamine hbr (Razadyne Er)</i>	T2	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln (Mestinon)</i>	T2	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T2	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T2	HD
RAZADYNE ER (<i>galantamine hbr</i>)	T4	ST HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T2	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T2	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS XR-ODT	T4	ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T2	
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T4	
DEXEDRINE (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	ST
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T2	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Dexedrine)	T2	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T2	
DYANAVEL XR	T3	ST
EVEKEO ODT	T4	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T2	
MYDAYIS	T3	ST
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	T2	
ZENZEDI 15 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	T4	
ZENZEDI 20 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
ZENZEDI 30 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	T2	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET	T4	

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northera)	T2	PA SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T2	
DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T4	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T2	PA HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T2	HD
<i>bethanechol chloride</i> (Urecholine)	T2	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T2	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T4	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T2	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T4	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA
ODACTRA	T3	PA
ORALAIR	T3	PA
RAGWITEK	T3	PA
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(30 SYRINGES/FILL) SP HD
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(8 SYRINGES/FILL) SP HD
PALYNZIQ 20 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(60 SYRINGES/FILL) SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Condiciones cutáneas)		
SUSTITUTO DE TEJIDO DE LA PIEL		
STRATAGRAFT	T4	
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T3	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID (12Y UP)VAC(EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID BIVAL (6Y UP)EUA	T3	PPACA
MODERNA COVID(6-11Y) VAC(EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID(6M-5Y) VACC(EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	T3	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 EL COVID-19 (cont.)		
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID (12Y UP) VAC(EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID (5-11Y) VAC (EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID (6M-4Y) VACC(EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID BIVAL (12Y UP)EUA	T3	PPACA
PFIZER COVID BIVAL (5-11YR)EUA	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	HD PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA
MENQUADFI	T4	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
PREVNAR 20	T3	PPACA
VAXNEUVANCE	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD 2019-20 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-20 (6-35MO)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-2020	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-2021	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (6-35MO)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2021-2022	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2021-22 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2021-22 (6-35MO)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2022-2023	T3	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
AFLURIA QUAD 2022-23 (3YR UP)	T3	PPACA
FLUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2019-2020	T4	PPACA
FLUMIST QUAD 2020-2021	T4	PPACA
FLUMIST QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-2020	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2021-22	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2022-23	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2021-2022	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2022-2023	T3	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2019-2020	T3	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS		
DENGVAXIA	T3	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	PPACA
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T4	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PRIORIX	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T4	PPACA
VAXELIS	T4	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYVO VIAL WITH DILUENT	T3	PPACA
ACAM2000	T3	
AREXVY VIAL KIT	T3	PPACA
ENGERIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
GARDASIL 9	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T4	PPACA
JYNNEOS	T3	
PEDIARIX	T3	PPACA
PREHEVBRIO	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	PPACA
TWINRIX	T3	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
ZOSTAVAX	T4	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T4	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T2	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T2	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
EMPAVELI	T4	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T4	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
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	T3	
ENDARI	T4	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T4	
AVITENE	T4	
ENDO-AVITENE	T4	
EVICEL	T4	
GEL-FLOW	T4	
GEL-FLOW NT	T4	
GELFOAM	T4	
GELFOAM (<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i>)	T4	
GELFOAM COMPRESSED	T4	
GELFOAM JMI	T4	
MONSEL'S	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)		
RECOTHROM	T4	
SURGICEL	T4	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100	T4	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C	T4	
<i>surgifoam sponge size 12-7 (Gelfoam)</i>	T2	
SYRINGE AVITENE	T4	
TACHOSIL	T4	
THROMBI-GEL (<i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i>)	T4	
THROMBIN-JMI	T4	
THROMBI-PAD	T4	
ULTRAFOAM	T4	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T2	HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T2	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T2	HD
<i>dofetilide (Tikosyn)</i>	T2	HD
<i>flecainide acetate</i>	T2	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T2	HD
MULTAQ	T4	HD
<i>propafenone hcl</i>	T2	HD
<i>propafenone hcl (Rythmol Sr)</i>	T2	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T2	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T2	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl</i>)	T4	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T4	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate (Norvasc)</i>	T1	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
CALAN SR (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
CARDIZEM LA	T4	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T2	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T2	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T2	HD
<i>felodipine</i>	T2	HD
<i>isradipine</i>	T2	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T2	HD
<i>nifedipine</i>	T2	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T2	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T2	HD
<i>nimodipine</i>	T2	HD
<i>nisoldipine</i>	T2	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T2	HD
NYMALIZE	T4	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T4	ST HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine</i>)	T4	ST HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T4	ST HD
TIAZAC (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T2	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T2	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
VERELAN PM (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA		
CAMZYOS	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ENFERMEADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS (cont.)		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T4	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T4	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T4	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T4	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T4	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T4	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T4	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T4	
<i>cardioplegic solution no. 1</i>	T2	
MICROPLEGIA	T4	
PLEGISOL	T4	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T2	HD
<i>digoxin (Lanoxin)</i>	T2	HD
LANOXIN	T4	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T4	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T3	QL(30 TABS/FILL)
VASODILADORES, CORONARIOS		
GONITRO	T4	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T2	HD
<i>isosorbide dinitrate (Isordil Titradose)</i>	T2	HD
<i>isosorbide dinitrate (Isordil)</i>	T2	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T4	HD
NITRO-DUR	T4	HD
<i>nitroglycerin</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin (Nitrolingual)</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin (Nitrostat)</i>	T2	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSP (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL(112 MLS/FILL) SP HD
REVATIO 20 MG TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T2	PA QL(112 MLS/FILL) SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T2	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
OPSUMIT	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T4	PA QL(90 TABS/FILL) 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
TYVASO DPI	T4	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T4	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T4	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T4	PA SP HD
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 200 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	T4	PA QL(1 DOSE PK/FILL) SP HD
UPTRAVI 400 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 600 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
UPTRAVI 800 MCG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
VENTAVIS	T4	PA SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i>	T1	HD
PRESTALIA	T4	ST HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T2	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)</i>	T2	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN HCT (benazepril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
<i>VASERETIC (enalapril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
<i>ZESTORETIC (lisinopril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol phosphate (Coreg Cr)</i>	T2	HD
<i>COREG CR (carvedilol phosphate)</i>	T4	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T2	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>CARDURA 1 MG TABLET (doxazosin mesylate)</i>	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>CARDURA 2 MG TABLET (doxazosin mesylate)</i>	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>CARDURA 4 MG TABLET (doxazosin mesylate)</i>	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>CARDURA 8 MG TABLET (doxazosin mesylate)</i>	T4	ST QL(60 TABS/FILL) HD
<i>CARDURA XL</i>	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>doxazosin mesylate 2 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>doxazosin mesylate 4 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>doxazosin mesylate 8 mg tab (Cardura)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>MINIPRESS (prazosin hcl)</i>	T4	HD
<i>prazosin hcl (Minipress)</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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		
<i>terazosin 1 mg capsule</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>terazosin 10 mg capsule</i>	T1	QL(60 CAPS/FILL) HD
<i>terazosin 2 mg capsule</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>terazosin 5 mg capsule</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazyd (Exforge Hct)</i>	T2	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazyd (Tribenzor)</i>	T2	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T3	QL(60 TABS/FILL) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid (Atacand Hct)</i>	T2	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide (Avalide)</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide (Hyzaar)</i>	T1	HD
<i>olmesartan/hydrochlorothiazide (Benicar Hct)</i>	T1	HD
<i>telmisartan/hydrochlorothiazid (Micardis Hct)</i>	T2	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide (Diovan Hct)</i>	T2	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine bes/olmesartan med (Azor)</i>	T2	HD
<i>amlodipine besylate/valsartan (Exforge)</i>	T2	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T2	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T4	HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T4	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl (Lotensin)</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T2	HD
<i>enalapril maleate (Epaned)</i>	T2	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T4	HD
<i>moexipril hcl</i>	T2	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl (Accupril)</i>	T1	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T4	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T4	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T2	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T2	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T2	HD
<i>valsartan 160 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 320 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 40 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 80 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T4	PA
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEER (<i>metyrosine</i>)	T4	PA HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T2	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES (<i>clonidine hcl</i>)	T4	HD
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T4	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T4	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T4	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 1)	T2	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 2)	T2	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 3)	T2	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T2	HD
<i>methylodopa</i>	T2	HD
<i>methylodopa/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T2	HD
<i>minoxidil</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>	T2	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sotalol hcl</i>)	T4	ST HD
BETAPACE AF (<i>sotalol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>betaxolol hcl</i>	T2	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T2	HD
CORGARD (<i>nadolol</i>)	T4	ST HD
LOPRESSOR (<i>metoprolol tartrate</i>)	T4	ST 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)	T2	HD
<i>nebivolol hcl</i> (Bystolic)	T2	HD
<i>pindolol</i>	T2	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T2	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T2	HD
SOTYLIZE	T3	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T4	ST HD
<i>timolol maleate</i>	T2	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T2	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T2	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	T4	ST HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T2	HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T4	ST HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T4	ST HD
ZIAC (<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>)	T4	ST HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTRUNA HCT	T3	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL (<i>isosorbide dinit/hydralazine</i>)	T4	
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T2	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T2	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T2	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
ROSZET	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine/atorvastatin</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>amlodipine/atorvastatin</i> (Caduet)	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
CADUET (<i>amlodipine/atorvastatin</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T3	PA
REPATHA SURECLICK	T3	PA
REPATHA SYRINGE	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T2	ST HD QL (30 tabs/30 days)
FLOLIPID	T4	ST QL(150 MLS/FILL) HD
<i>fluvastatin sodium</i> (Lescol XL)	T2	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>	T2	QL(30 CAPS/FILL) HD PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
<i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>	T2	QL(60 CAPS/FILL) HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin sodium</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
LIVALO	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T2	QL(60 TABS/FILL) HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T2	QL(60 TABS/FILL) HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab (Crestor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T4	ST QL(150 MLS/FILL) HD
<i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD PPACA
<i>simvastatin 80 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
ZYPITAMAG	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T2	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T2	HD
<i>cholestyramine/aspartame (Questran Light)</i>	T2	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T2	HD
COLESTID	T4	ST HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>colestipol hcl (Colestid)</i>	T2	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine (with sugar)</i>)	T4	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine/aspartame</i>)	T4	ST HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T2	ST HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet (Fenoglide)</i>	T2	ST HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet (Tricor)</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet (Fenoglide)</i>	T2	ST HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet (Tricor)</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibric acid (choline) (Trilipix)</i>	T2	HD
<i>fenofibric acid (Fibricor)</i>	T2	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T4	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T4	ST HD
<i>gemfibrozil (Lopid)</i>	T1	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T4	HD
<i>niacin</i>	T2	HD
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T2	HD
NIACOR	T4	HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid (choline)</i>)	T4	ST HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T4	HD
<i>memantine hcl (Namenda Xt)</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 10 mg tablet (Namenda)</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 5 mg tablet (Namenda)</i>	T2	HD
NAMENDA 10 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T4	ST HD
NAMENDA 5 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T4	ST HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T4	HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T4	HD
NAMZARIC	T3	ST HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
EXSERVAN	T4	PA SP
RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T4	PA SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (cont.)		
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T2	PA SP HD
TIGLUTIK	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO 6 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
AUSTEDO 9 MG TABLET	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD
AUSTEDO 12 MG TABLET	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T3	SP
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T3	SP PA QL (1 kit/30 days)
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 24MG TABLET	T4	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
HORIZANT	T4	ST
INGREZZA	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP
INGREZZA INITIATION PACK	T4	PA QL(28 CAPS/FILL) SP
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i> (Xenazine)	T2	PA QL(120 TABS/FILL) SP HD
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i> (Xenazine)	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBLBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUDEXTA	T3	PA
XANTINAS		
<i>caffeine citrate</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days)
AVONEX	T4	PA QL(1 KIT/28 DAYS) SP HD
AVONEX PEN	T4	PA QL(4 PENS/28 DAYS) SP HD
BAFIERTAM	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD
BETASERON	T4	PA QL(14 KITS/30 DAYS) SP HD
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer acetate</i>)	T4	PA QL(30 SYRINGES/30 DAYS) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer acetate</i>)	T4	PA QL(12 SYRINGES/30 DAYS) SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T2	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
<i> fingolimod hcl</i> (Gilenya)	T2	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
<i>glatiramer 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(30 SYRINGES/30 DAYS) SP HD
<i>glatiramer 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(12 SYRINGES/30 DAYS) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(30 SYRINGES/30 DAYS) SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 40 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T2	PA QL(12 SYRINGES/30 DAYS) SP HD
KESIMPTA PEN	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PK	T4	PA QL(10 TABS/FILL) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PK	T4	PA QL(4 TABS/FILL) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PK	T4	PA QL(5 TABS/FILL) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PK	T4	PA QL(6 TABS/FILL) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PK	T4	PA QL(7 TABS/FILL) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PK	T4	PA QL(8 TABS/FILL) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PK	T4	PA QL(9 TABS/FILL) SP HD
MAYZENT 0.25 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	T4	PA QL(7 TABS/FILL) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	T4	PA QL(12 TABS/FILL) SP HD
MAYZENT 1 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
MAYZENT 2 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	T4	PA QL(1 ML/28 DAYS) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(1 ML/28 DAYS) SP HD
PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK	T4	PA QL(1 ML/365 DAYS) SP HD
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	T4	PA QL(1 ML/365 DAYS) SP HD
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T4	PA QL(14 TABS/365 DAYS) SP HD
PONVORY 20 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/30 DAYS) SP HD
REBIF 22 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(6 MLS/28 DAYS) SP HD
REBIF 44 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(6 MLS/28 DAYS) SP HD
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML	T4	PA QL(6 MLS/28 DAYS) SP HD
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML	T4	PA QL(6 MLS/28 DAYS) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T4	PA QL(4.2 MLS/28 DAYS) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T4	PA QL(4.2 MLS/28 DAYS) SP HD
VUMERITY	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
<i>dalfampridine (Ampyra)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP
RUZURGI	T3	PA
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)		
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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP) (cont.)		
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T4	SP PA QL (1 kit/30 days)

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

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

EMGALITY 100 MG/ML SYR(1 OF 3)	T3	PA QL(3 MLS/30 DAYS)
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR)	T3	PA QL(3 MLS/30 DAYS)

AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

GRALISE	T4	ST
---------	----	----

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T2	PA HD
<i>clonazepam</i>	T2	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T4	HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T4	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T2	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T2	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T2	HD
NAYZILAM	T3	PA QL(2 UNITS/FILL) HD
SYMPAZAN	T4	PA HD
VALTOCO	T4	PA QL(2 UNITS/FILL) HD

ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

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

ANTICONVULSIVOS

APTIOM	T4	HD
BRIVIACT	T4	ST HD
<i>carbamazepine</i>	T2	HD
<i>carbamazepine</i>	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T4	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
CELONTIN	T4	ST HD
DEPAKOTE (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
DEPAKOTE ER (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T4	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T3	HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T4	HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T4	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T2	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T2	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T2	HD
ELEPSIA XR	T4	ST HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T2	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T2	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T4	HD
FYCOMPA	T3	HD
<i>gabapentin</i>	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T2	HD
GABITRIL (<i>tiagabine hcl</i>)	T4	HD
<i>lacosamide</i> (Vimpat)	T2	HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T4	ST HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T4	ST HD
LAMICTAL XR (ORANGE)	T4	ST HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Blue))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Green))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Orange))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Blue))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T2	HD
<i>levetiracetam</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T2	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T4	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T2	HD
OXTELLAR XR	T4	ST HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T4	HD
<i>phenytoin</i>	T2	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T2	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T2	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T2	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T2	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T2	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T2	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate</i>)	T4	ST HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T2	PA HD
SPRITAM	T4	ST HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T4	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine</i>)	T4	HD
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	T2	HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T2	ST HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T2	HD
<i>topiramate er 25mg</i>	T2	ST HD
<i>topiramate er 50mg</i>	T2	ST HD
<i>topiramate er 100mg</i>	T2	ST HD
TROKENDI XR	T4	ST HD
<i>valproic acid</i>	T2	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T2	HD
<i>vigabatrin</i> (Sabril)	T2	PA SP HD
VIGADRONE	T2	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
XCOPRI 100 MG TABLET	T4	QL(30 TABS/FILL) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T4	QL(28 TABS/FILL) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T4	QL(30 TABS/FILL) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T4	QL(28 TABS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
XCOPRI 200 MG TABLET	T4	QL(30 TABS/FILL) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	QL(56 TABS/FILL) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T4	QL(56 TABS/FILL) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T4	QL(30 TABS/FILL) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T4	QL(28 TABS/FILL) HD
ZARONTIN (ethosuximide)	T4	HD
zonisamide	T2	HD
zonisamide (Zonegran)	T2	HD

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

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

WAKIX 17.8 MG TABLET	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
WAKIX 4.45 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD

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

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T4	PA QL(1.2 MLS/30 DAYS) SP
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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)

ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS

ANNOVERA	T4	ST QL(1 RING/365 DAYS) PPACA
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T2	PPACA

ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES

DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)	T4	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (medroxyprogesterone acetate)	T4	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T4	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-Provera)	T2	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA

ANTICONCEPTIVOS, ORALES

BEYAZ (drospir/eth estra/levomefol ca)	T4	ST HD PPACA
desog-e.estradiol/e.estradiol (Mircette)	T2	HD PPACA
desogestrel-ethinyl estradiol	T2	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)	T2	HD PPACA
drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)	T2	HD PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
ELLA	T3	QL(1 TAB/FILL) HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T2	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T2	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Loseasonique)	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Quartette)	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Seasonique)	T2	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T2	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T2	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Loestrin)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Minastrin 24 Fe)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb</i> (Loestrin)	T2	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	T2	HD PPACA
YAZ (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	T4	ST HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA
MIRENA	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R. (<i>pseudoephed/chlor-mal/bell alk</i>)	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T2	
COMBINACIONES DE DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>	T2	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i>)	T4	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T2	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T4	
HISTEX-AC	T4	
MAXI-TUSS CD	T4	
M-END PE	T4	
POLY-TUSSIN AC	T4	
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T2	
ZODRYL DAC 25	T4	
ZODRYL DAC 30	T4	
ZODRYL DAC 35	T4	
ZODRYL DAC 40	T4	
ZODRYL DAC 50	T4	
ZODRYL DAC 60	T4	
ZODRYL DAC 80	T4	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T2	
<i>promethazine hcl/codeine</i>	T2	
TUSSICAPS	T4	PA
TUXARIN ER	T4	
TUZISTRA XR	T4	PA
ZODRYL AC 25	T4	
ZODRYL AC 30	T4	
ZODRYL AC 35	T4	
ZODRYL AC 40	T4	
ZODRYL AC 50	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
ZODRYL AC 60	T4	
ZODRYL AC 80	T4	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN	T4	
HYCODAN (hydrocodone bit/homatrop me-br)	T4	
hydrocodone bit/homatrop me-br	T2	
hydrocodone bit/homatrop me-br (Hycodan)	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T4	
pseudoephed/codeine/guaifen	T2	
ZODRYL DEC 25	T4	
ZODRYL DEC 30	T4	
ZODRYL DEC 35	T4	
ZODRYL DEC 40	T4	
ZODRYL DEC 50	T4	
ZODRYL DEC 60	T4	
ZODRYL DEC 80	T4	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
codeine phosphate/guaifenesin	T2	
CODITUSSIN AC	T4	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T4	
guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml	T2	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T4	
MAR-COF CG	T4	
NINJACOF-XG	T4	
OBREDON	T4	PA
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE INSULINX	T3	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T3	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T3	
FREESTYLE TEST STRIPS	T3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T3	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T3	
PRECISION XTRA	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T3	
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T4	
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	T4	
NOVAMAX PLUS	T3	
PRECISION XTRA	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T4	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T4	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T3	
METHACHOLINE CHLORIDE	T4	
PROVOCHOLINE	T4	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T4	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T4	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T2	
<i>ful-glo 1 mg opth strip</i>	T2	
FUL-GLO EYE STRIPS	T4	
AGENTES DE CONTRASTE PARA ECOGRAFÍA DE TROMPAS DE FALOPIO		
EXEM	T4	
AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO		
GLEOLAN	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T2	
ENTERO VU	T4	
E-Z DISK	T4	
E-Z-HD	T4	
E-Z-PAQUE	T4	
E-Z-PASTE	T4	
GASTROGRAFIN (<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>)	T4	
GASTROMARK	T4	
LIQUID E-Z PAQUE	T4	
LIQUID POLIBAR PLUS	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)		
NEULUMEX	T4	
POLIBAR ACB	T4	
READI-CAT 2	T4	
SITZMARKS	T4	
TAGITOL	T4	
VANILLA SILQ	T4	
VARIBAR HONEY	T4	
VARIBAR NECTAR	T4	
VARIBAR PUDDING	T4	
VARIBAR THIN HONEY	T4	
VARIBAR THIN LIQUID	T4	
VOLUMEN	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
MACRILEN	T4	QL(2 PACKS/365 DAYS) SP HD
METOPIRONE	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
XENON XE-133	T4	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T4	
CYSTOGRAFIN	T4	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
KETONE CARE TEST STRIP	T3	
KETONE TEST STRIP	T3	
KETOSTIX REAGENT	T3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T3	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS		
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA		
CHEK-STIX	T3	
CHEMSTRIP	T3	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T3	
CHEMSTRIP 2 GP	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA (cont.)		
CHEMSTRIP 50B	T3	
CHEMSTRIP 7	T3	
CHEMSTRIP 9	T3	
COMBISTIX REAGENT	T3	
HEMA-COMBISTIX	T3	
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
LABSTIX REAGENT	T3	
MULTISTIX	T3	
MULTISTIX 10 SG	T3	
MULTISTIX 5	T3	
MULTISTIX 7	T3	
MULTISTIX 8 SG	T3	
MULTISTIX 9	T3	
MULTISTIX 9 SG	T3	
URISTIX 4	T3	
URISTIX REAGENT	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
<i>tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T2	HD
<i>methazolamide</i>	T2	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T2	HD
<i>EDECIN (ethacrynic acid)</i>	T4	ST HD
<i>ethacrynic acid (Edecrin)</i>	T2	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide (Lasix)</i>	T1	HD
<i>LASIX (furosemide)</i>	T4	ST HD
<i>torsemide</i>	T2	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP		
JYNARQUE 15 MG TABLET	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (cont.)		
JYNARQUE 30 MG TABLET	T4	PA QL(120 TABS/FILL) SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T4	HD
<i>amiloride hcl</i>	T2	HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T4	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T2	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T4	HD
KERENDIA	T3	PA QL(30 TABS/FILL) HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T2	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T4	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
DYAZIDE (<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
MAXZIDE (<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
MAXZIDE-25 MG (<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T2	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T2	HD
DIURIL	T4	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T2	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T2	QL(60 MLS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIISTAMÍNICOS NAALES (cont.)		
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T2	HD
<i>olopatadine hcl (Patanase)</i>	T2	QL(31 GMS/FILL) HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T4	QL(31 GMS/FILL) HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone (Dymista)</i>	T2	ST QL(23 GMS/FILL) HD
DYMISTA (<i>azelastine/fluticasone</i>)	T4	ST QL(23 GMS/FILL) HD
RYALTRIS	T4	ST QL(1 BOTTLE/FILL) HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T2	ST QL(50 MLS/FILL) HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T2	QL(16 GMS/FILL) HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray (Nasonex)</i>	T2	ST QL(17 GMS/FILL) HD
SINUVA	T4	SP HD
XHANCE	T4	ST QL(32 MLS/FILL) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T4	HD
GOPRELTO	T4	HD
<i>ipratropium 0.03% spray</i>	T2	QL(30 MLS/FILL) HD
<i>ipratropium 0.06% spray</i>	T2	QL(30 MLS/FILL) HD
NUMBRINO	T4	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T4	
<i>epinephrine hcl</i>	T2	

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

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS

DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T4	
<i>fluocinolone acetonide oil (Dermotic)</i>	T2	

PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS

<i>acetic acid</i>	T2	
CORTANE-B (<i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i>)	T4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T2	

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

AGENTES PARA EL ENTRECruzAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL

PHOTREXA CROSS-LINKING	T4	
PHOTREXA VISCOUS	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T4	
LACRISERT	T4	PA QL(60 INSERTS/FILL)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T4	ST
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T4	ST
<i>bromfenac sodium</i>	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T2	
DEXTENZA	T4	
DEXYCU	T4	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T2	
<i>difluprednate (Durezol)</i>	T2	
EYSUVIS	T4	PA QL(8.3 MLS/FILL)
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T2	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T4	ST
ILEVRO	T4	
ILUVIEN	T4	SP
INVELTYS	T4	ST
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T2	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T2	
KLARITY-B(BETAMETHASONE-CHOND)	T4	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T4	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T4	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T4	ST
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	T4	ST
LOTEMAX SM	T4	ST
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T2	
OZURDEX	T4	SP
PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>)	T4	
<i>prednisolone ac 1% eye drop (Pred Forte)</i>	T2	
PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP	T4	
PREDNISOLONE PHOS-BROMFENAC	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 sodium phosphate</i>	T2	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T4	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T4	
PROLENSA	T4	
RETISERT	T4	SP
TRIESENCE	T4	
XIPERE	T4	SP HD
YUTIQ	T4	SP
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt irrig soln no.2</i>	T2	
BSS PLUS	T4	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T4	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T4	
ALTAFLUOR BENOX (<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i>)	T4	
FLUORESCIN-BENOXINATE	T4	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T2	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T2	
<i>tetracaine 0.5% eye drop</i>	T2	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOL	T4	
<i>tetracaine hcl</i>	T2	
TETRAVISC	T4	
TETRAVISC FORTE	T4	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
cromolyn 4% eye drops	T2	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T4	
OMIDRIA	T4	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T4	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T2	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T4	ST HD
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T4	ST HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
<i>apraclonidine hcl</i>	T2	HD
betaxolol hcl	T2	HD
BETOPTIC S	T4	HD
<i>bimatoprost</i>	T2	PA HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T2	HD
<i>brimonidine tartrate (Alphagan P)</i>	T2	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol (Combigan)</i>	T2	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T4	HD
<i>brinzolamide (Azopt)</i>	T2	HD
<i>carbachol</i>	T2	HD
<i>carteolol hcl</i>	T2	HD
COMBIGAN (<i>brimonidine tartrate/timolol</i>)	T4	ST HD
DORZOLAMIDE	T4	HD
<i>dorzolamide hcl (Trusopt)</i>	T2	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat (Cosopt)</i>	T2	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf (Cosopt Pf)</i>	T2	HD
IOPIDINE	T4	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T4	HD
<i>latanoprost 0.005% eye drops (Xalatan)</i>	T2	PA HD
<i>levobunolol hcl</i>	T2	HD
LUMIGAN	T4	PA HD
MIOCHOL-E	T4	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<i>pilocarpine hcl</i>	T2	HD
<i>pilocarpine hcl (Isopto Carpine)</i>	T2	HD
SIMBRINZA	T4	HD
<i>timolol maleate (Istalol)</i>	T2	HD
<i>timolol maleate (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic-Xe)</i>	T2	HD
<i>timolol maleate/pf</i>	T2	HD
<i>timolol maleate/pf (Timoptic Ocudose)</i>	T2	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T4	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
TIMOLOL-DORZOLAMIDE	T4	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T4	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T4	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T4	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T4	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T2	PA HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T4	ST HD
VYZULTA	T4	PA HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T2	HD
ATROPINE SULFATE 0.01% EYE DRP	T4	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NAACL	T4	HD
CYCLOGYL	T4	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T4	HD
CYCLOMYDRIL	T4	HD
<i>cyclopentolat/tropic/phenyleph</i>	T2	HD
<i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i>	T2	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T4	HD
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	T4	HD
<i>homatropine hbr</i>	T2	HD
ISOPTO ATROPINE (<i>atropine sulfate</i>)	T4	HD
<i>lidocaine/phenylephrine/water</i>	T2	HD
LIDOCAINE-PHENYLEPHRINE-BSS	T4	HD
LIDOCAINE-PHENYLEPHRINE-WATER	T4	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T4	HD
PAREMYD	T4	HD
<i>tropicamide</i>	T2	HD
<i>tropicamide (Mydriacyl)</i>	T2	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T4	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	T4	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T4	HD
TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	T4	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T4	PA SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T4	PA SP
BEVACIZUMAB	T4	SP
LUCENTIS	T4	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOMYCIN	T4	
MITOSOL	T4	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T4	PA HD
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)</i>	T2	PA QL(60 VIALS/FILL) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T4	HD
RESTASIS (cyclosporine)	T4	PA QL(60 VIALS/FILL) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T3	PA QL(6 MLS/FILL) HD
XIIDRA	T3	PA QL(60 VLS/FILL) HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T4	PA SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIPO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
AMVISC	T4	SP
AMVISC PLUS	T4	SP
DISCOVISC	T4	
DUOVISC	T4	
HEALON GV	T4	
HEALON GV PRO	T4	
<i>hyaluronate sodium</i>	T2	SP
HYALURONIDASE	T4	
PROVISC	T4	SP
VISCOAT	T4	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
CELLUGEL	T4	
<i>hypromellose</i>	T2	
MEMBRANEBLUE	T4	
TISSUEBLUE	T4	
VISIONBLUE	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T4	
FLORIVA	T4	
fluoride (sodium)	T2	PPACA
fluoride (sodium)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident)	T2	
FLUORIDEX	T4	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T4	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T4	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T2	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T2	
sodium fluoride/potassium nit	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
fluoride (sodium)	T2	PPACA
FLURA-DROPS	T4	
sodium fluoride 0.25 (0.55) mg	T2	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)	T2	PPACA
sodium fluoride 0.5 mg/ml drop	T2	PPACA
sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)	T2	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T3	QL(2 UNITS/FILL)
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
CVS GLUCOSE LIQUID SHOT	T4	
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET	T4	
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glutose-15)</i>	T2	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glutose-45)</i>	T2	
DEX4 GLUCOSE LIQUID	T4	
DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST	T4	
<i>dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>dex4 quick dissolve tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>dextrose</i>	T2	
<i>dextrose (Glutose-15)</i>	T2	
<i>dextrose (Glutose-45)</i>	T2	
<i>dextrose/vitamin d3</i>	T2	
<i>diazoxide (Proglycem)</i>	T2	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw (Trueplus Glucose)</i>	T2	
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL(2 VIALS/FILL)
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T2	QL(2 VIALS/FILL)
GLUCO SHOT	T4	
<i>glucose 3.75 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
GLUCOSE LIQUID	T4	
GLUTOSE-15 (<i>dextrose</i>)	T3	
GLUTOSE-45 (<i>dextrose</i>)	T3	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>gnp quick dissolve glucose tab (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
GVOKE	T3	QL(2 VIALS/FILL)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T3	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T3	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T3	QL(2 SYRINGES/FILL)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T3	QL(2 SYRINGES/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
INSTA-GLUCOSE GEL	T4	
<i>insta-glucose gel</i>	T2	
<i>kro glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>croger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T4	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>reliion glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
RELION GLUCOSE LIQUID	T4	
<i>sm glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>smart sense glucose 4 gram tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
TRUEPLUS GLUCOSE	T4	
TRUEPLUS GLUCOSE (<i>dextrose</i>)	T4	
<i>upup glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T3	
GLUTOL	T3	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T4	
<i>calcium acetate 667 mg capsule</i>	T2	QL(360 CAPS/FILL)
<i>calcium acetate 667 mg gelcap</i>	T2	QL(360 CAPS/FILL)
<i>calcium acetate 667 mg tablet</i>	T2	QL(360 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
lanthanum carbonate (Fosrenol)	T2	QL(90 TABS/FILL)
LOKELMA	T3	QL(30 PACKS/FILL)
PHOSLYRA	T3	QL(1800 MLS/FILL)
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)	T4	QL(180 PACKS/FILL)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)	T4	QL(90 PACKS/FILL)
REVELA 800 MG TABLET (sevelamer carbonate)	T4	QL(270 TABS/FILL)
sevelamer 0.8 gm powder packet (Renvela)	T2	QL(180 PACKS/FILL)
sevelamer 2.4 gm powder packet (Renvela)	T2	QL(90 PACKS/FILL)
sevelamer carbonate 800 mg tab (Renvela)	T2	QL(270 TABS/FILL)
sevelamer hcl 400 mg tablet	T2	QL(90 TABS/FILL)
sevelamer hcl 800 mg tablet (Renagel)	T2	QL(270 TABS/FILL)
sodium polystyrene sulfon/sorb	T2	
sodium polystyrene sulfonate	T2	
VELPHORO	T3	QL(120 TABS/FILL)
VELTASSA	T3	QL(30 PACKS/FILL)
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T4	
fluoride (sodium)	T2	PPACA
fluoride (sodium)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident)	T2	
FLUORIDEX	T4	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T4	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T2	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide</i>	T2	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T2	
SSKI	T4	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ABATRON	T4	
ABATRON AF	T4	
ACCRUFER	T4	
ACTIVE FE	T4	
APETIGEN-PLUS	T3	
BENTIVITE BX	T4	
CHROMAGEN	T4	
CITRANATAL BLOOM	T4	
CORVITE 150	T4	
CORVITE FE	T4	
<i>cvs iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T2	
<i>cvs iron 65 mg tablet</i>	T2	
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB	T4	
<i>cvs slow release iron 45 mg tb</i>	T2	
<i>cvs slow release iron tablet</i>	T2	
<i>eql slow release iron 45 mg tab</i>	T2	
<i>eql slow release iron 50 mg tb</i>	T2	
FEOSOL 45 MG CAPLET (<i>iron,carbonyl</i>)	T3	
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T2	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T3	
FERAHEME (<i>ferumoxytol</i>)	T4	PA
FERGON 27 MG TABLET	T4	
FERGON 27 MG TABLET (<i>ferrous gluconate</i>)	T3	
FERGON TABLET	T4	
FER-IN-SOL (<i>ferrous sulfate</i>)	T3	
FERIVA 21-7	T4	
FERIVA FA	T4	
FERRACTIV IRON	T4	
FERRALET 90	T4	
FERRETTIS IPS 18 MG CAP	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
FERRETTIS IPS 40 MG/15 ML LIQ	T3	
FERRIMIN 150	T3	
FERRLECIT (<i>sodium ferric gluconat/sucrose</i>)	T4	PA
FERRO-SEQUELS	T4	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T2	
<i>ferrous fumarate</i>	T2	
<i>ferrous fumarate</i> (Hemocyte)	T2	
FERROUS FUMARATE 29 MG TAB	T4	
<i>ferrous fumarate 324 mg tab</i> (Hemocyte)	T2	
<i>ferrous fumarate/folic acid</i> (Hemocyte-F)	T2	
<i>ferrous gluconate</i>	T2	
<i>ferrous gluconate</i> (Fergon)	T2	
<i>ferrous sulfate</i>	T2	
<i>ferrous sulfate</i> (Fer-In-Sol)	T2	
<i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>	T2	PPACA
<i>ferumoxylol</i> (Feraheme)	T2	PA
FUSION	T4	
FUSION PLUS	T4	
FUSION SPRINKLES	T4	
GENTLE IRON	T4	
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp iron 65 mg tablet</i>	T2	
HEMATEX	T4	
HEMATEX (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T4	
HEMATOGEN SOFTGEL	T4	
<i>hematogen softgel</i>	T2	
HEMATRON-AF	T4	
HEMAX	T4	
HEMOCYTE (<i>ferrous fumarate</i>)	T3	
HEMOCYTE PLUS (<i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i>)	T4	
HEMOCYTE-F (<i>ferrous fumarate/folic acid</i>)	T4	
<i>hm iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>hm slow release iron tablet</i>	T2	
I.L.X. B-12	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
ICAR	T3	
ICAR-C (<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i>)	T3	
ICAR-C PLUS (<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i>)	T4	
INFED	T3	PA
INJECTAFER	T4	PA
INTEGRA	T3	
INTEGRA F (<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i>)	T4	
INTEGRA PLUS (<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i>)	T4	
IRON 18 MG TABLET	T4	
<i>iron 27 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T2	
<i>iron 28 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 45 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/b12/fa/ca/suc</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T2	
<i>iron aspgly,c/b12/fa/ca-th/suc</i>	T2	
<i>iron bg,ps/vitc/b12/fa/calcium</i>	T2	
IRON BISGLYCINATE	T4	
<i>iron fm,ps no.1/folic/mv no.18 (Tandem Plus)</i>	T2	
<i>iron fum,ag/c/b12/folic/ca/suc</i>	T2	
<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3 (Integra F)</i>	T2	
<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9 (Integra Plus)</i>	T2	
<i>iron fum/folic acid/mv,min 15 (Hemocyte Plus)</i>	T2	
<i>iron fumarate/vit c/vit b12/fa</i>	T2	
<i>iron polysac/iron heme/fa/b12</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)</i>	T2	
<i>iron ps complex/b12/folic acid</i>	T2	
<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic (Icar-C Plus)</i>	T2	
<i>iron,carbonyl</i>	T2	
<i>iron,carbonyl (Feosol)</i>	T2	
<i>iron,carbonyl/ascorbic acid (Icar-C)</i>	T2	
<i>iron/c/b12/calcium/stomach conc</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>iron/c/folic acid/mv cmb11/calc</i>	T2	
<i>iron/folic ac/vit bcomp,c/min</i>	T2	
<i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>	T2	
<i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>	T2	
<i>iron/vit c/fructooligosaccharid</i>	T2	
IRONUP	T4	
IRO-PLEX	T4	
IROSPAN	T4	
LYDIA PINKHAM HERBAL	T4	
MAXFE	T4	
MONOFERRIC	T4	PA
NEONATAL FE	T4	
NIFEREX	T4	
NOVAFERRUM 125 MG/5 ML LIQUID	T4	
NOVAFERRUM 15 MG/ML DROPS	T3	
NOVAFERRUM 50	T4	
NUFERA	T4	
NU-IRON 150 (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T3	
PARVLEX	T4	
PERFECT IRON	T4	
PRO FE	T3	
PROFERRIN	T3	
PROFERRIN-FORTE	T4	
PROTECT IRON	T4	
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	T2	
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	T4	
<i>ra iron 65 mg tablet</i>	T2	
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
SIDEROL	T4	
SLOW FE	T3	
<i>slow release iron 160 mg tab</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T3	
<i>slow release iron 45 mg tablet</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T4	
<i>slow release iron tablet</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON TABLET	T3	
<i>sm iron 160 mg tablet sa</i>	T2	
<i>sm iron 325 mg tablet</i>	T2	
<i>sm iron 65 mg tablet</i>	T2	
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrelecit)</i>	T2	PA
<i>sv iron 65 mg tablet</i>	T2	
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
TANDEM DUAL ACTION	T3	
TANDEM PLUS (<i>iron fm,ps no.1/folic/mv no.18</i>)	T4	
TL-HEM 150	T4	
TRIFERIC	T4	
VENOFER	T3	PA
VIRT-FEFA PLUS CAPSULE	T4	
<i>virt-fefa plus capsule (Integra Plus)</i>	T2	
VITABEX IRON	T4	
VITAFOL	T4	
VITRON-C	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	PPACA
FLURA-DROPS	T4	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T2	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T4	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T4	
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T2	
K-TAB ER 10 MEQ TABLET	T4	
K-TAB ER 20 MEQ TABLET (<i>potassium chloride</i>)	T4	
<i>k-tab er 8 meq tablet</i>	T1	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride (K-Tab Er)</i>	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
<i>delflex with 1.5% dextrose</i>	T2	
DELFLX WITH 1.5% DEXTROSE	T4	
DELFLX-2.5% DEXTROSE	T4	
DIANEAL PD-2 W-1.5% DEXTROSE	T4	
DIANEAL PD-2 W-2.5% DEXTROSE	T4	
DIANEAL PD-2 W-4.25% DEXTROSE	T4	
DIANEAL WITH 1.5% DEXTROSE	T4	
DIANEAL WITH 2.5% DEXTROSE	T4	
DIANEAL WITH 4.25% DEXTROSE	T4	
EXTRANEAL ICODextrin DIALYSIS	T3	
<i>periton.dialysis 7-2.5 % dextr</i>	T2	
<i>periton.dialysis 8-4.25 % dextr</i>	T2	
PHOXILLUM	T4	
PRISMASOL	T4	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T4	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T4	HD
<i>potassium citrate (Urocit-K)</i>	T2	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate</i>)	T4	HD
UROQID-ACID NO.2	T4	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl (Vascepa)</i>	T2	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)</i>	T2	PA HD
VASCEPA (<i>icosapent ethyl</i>)	T3	PA HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONIACO		
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T4	PA SP HD
<i>lactulose</i>	T2	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T2	HD
LITHOSTAT	T4	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T4	SP PA HD
RAVICTI	T4	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T2	PA SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T2	
GLYCATE	T4	
<i>glycopyrrolate</i>	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T2	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T2	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	PA QL (84 TABS/28 DAYS) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T2	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T2	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>)	T4	
MOTOFEN	T4	
<i>opium tincture</i>	T2	
<i>paregoric</i>	T2	
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T2	PA
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T4	PA
SYNDROS	T4	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T2	QL(1 CAP/FILL)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T2	QL(3 CAPS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>aprepitant 40 mg capsule</i> (Emend)	T2	QL(1 CAP/FILL)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T2	QL(2 CAPS/FILL)
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T4	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T4	
DICLEGIS (<i>doxylamine succinate/vit b6</i>)	T4	QL(120 TABS/FILL)
<i>doxylamine succinate/vit b6</i> (Diclegis)	T2	QL(120 TABS/FILL)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T4	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T2	
<i>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i>	T2	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	T2	QL(6 TABS/FILL)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i>	T2	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i>	T2	
ondansetron	T2	QL(9 TABS/FILL)
<i>ondansetron 4 mg/2 ml isecure</i>	T2	
<i>ondansetron 4 mg/5 ml solution</i>	T2	QL(100 MLS/FILL)
<i>ondansetron 40 mg/20 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 4 mg tablet</i>	T2	QL(9 TABS/FILL)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 8 mg tablet</i>	T2	QL(9 TABS/FILL)
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T2	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T2	
<i>promethazine hcl</i>	T2	
SANCUSO	T4	QL(1 PATCH/FILL)
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T2	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T4	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T2	
VARUBI	T3	QL(2 TABS/FILL)
ZUPLENZ	T4	QL(10 FILMS/FILL)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T4	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T4	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T2	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T2	QL(112 UNITS/FILL)
OMECLAMOX-PAK	T4	QL(80 UNITS/FILL)
TALICIA	T3	QL(168 CAPS/FILL)
VOQUEZNA DUAL PAK	T4	
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T4	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T4	HD
DONNATAL (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levbid)</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin)</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Levsin-SI)</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate (Nulev)</i>	T2	HD
LEVBID (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T2	HD
NULEV (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i>	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T2	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
SYMAX DUOTAB	T4	HD
SALES BILIARES		
CHENODAL	T4	PA SP HD
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	T4	PA SP HD
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD
URSO (<i>ursodiol</i>)	T4	HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T4	HD
<i>ursodiol</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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		
<i>ursodiol (Urso Forte)</i>	T2	HD
<i>ursodiol (Urso)</i>	T2	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp (Canasa)</i>	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema (Sfrowasa)</i>	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit (Rowasa)</i>	T2	
<i>ROWASA (mesalamine w/cleansing wipes)</i>	T4	
<i>SFROWASA (mesalamine)</i>	T4	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
<i>APRISO (mesalamine)</i>	T4	HD
<i>AZULFIDINE (sulfasalazine)</i>	T4	HD
<i>balsalazide disodium (Colazal)</i>	T2	HD
<i>COLAZAL (balsalazide disodium)</i>	T4	HD
<i>mesalamine (Apriso)</i>	T2	HD
<i>mesalamine (Delzicol)</i>	T2	HD
<i>mesalamine (Pentasa)</i>	T2	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet (Asacol Hd)</i>	T2	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet (Lialda)</i>	T2	HD
<i>PENTASA 250 MG CAPSULE</i>	T3	HD
<i>PENTASA 500 MG CAPSULE (mesalamine)</i>	T4	HD
<i>sulfasalazine (Azulfidine)</i>	T2	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
<i>OCALIVA</i>	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
<i>VOWST CAPSULE</i>	T4	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
<i>SUCRAID</i>	T4	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T2	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T2	HD
<i>famotidine</i>	T2	HD
<i>famotidine (Pepcid)</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T2	HD
<i>PEPCID (famotidine)</i>	T4	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T3	QL(30 CAPS/FILL)
TRULANCE	T3	
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
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T4	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T2	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T2	PPACA
GIALAX	T4	PPACA
GOLYTELY (<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>)	T4	
KRISTALOSE	T4	
<i>lactulose</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T2	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T2	
<i>lubiprostone</i>	T2	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY	T4	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>)	T4	
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c (Moviprep)</i>	T2	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T2	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl (Golytely)</i>	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg (Nulytely With Flavor Packs)</i>	T2	PPACA
<i>sodium, potassium, mag sulfates (Suprep)</i>	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
<i>alvimopan</i>	T2	
ENTEREG	T4	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	HD
PANCREAZE	T3	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T2	ST QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet (Nexium)</i>	T2	ST QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)</i>	T2	ST HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T4	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap (Nexium)</i>	T2	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i>	T2	HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet (Prevacid)</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet (Prevacid)</i>	T2	ST HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	HD
<i>omeprazole/sodium bicarbonate (Zegerid)</i>	T2	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T2	PA QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap (Zegerid)</i>	T2	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T2	PA HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i>	T2	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab (Protonix)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i>	T1	HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)</i>	T2	HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>hydrocortisone acetate (Anusol-Hc)</i>	T2	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T2	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T4	ST
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T4	PA SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T4	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T4	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T2	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% cm (Analpram Hc)</i>	T2	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm (Analpram Hc)</i>	T2	ST
<i>lidocaine-hc 2.8-0.55% gel</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 2-2% cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-2.5% gel kit</i>	T2	
LIDOCAINE-HYDROCORT 3-2.5% GEL	T4	
PROCORT	T4	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T2	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANDRODERM	T3	PA QL(30 PATCHES/FILL)
ANDROID (<i>methyltestosterone</i>)	T4	PA
DEPO-TESTOSTERONE	T4	PA
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T4	PA
FORTESTA (<i>testosterone</i>)	T4	PA QL(120 GMS/FILL)
JATENZO	T4	PA QL(60 CAPS/FILL)
METHITEST	T3	
<i>methyltestosterone</i> (Android)	T2	
<i>methyltestosterone</i> (Testred)	T2	
NATESTO	T3	PA QL(22 GMS/FILL)
<i>oxandrolone</i>	T2	
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T2	PA QL(75 GMS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (Androgel)</i>	T2	PA QL(300 GMS/FILL)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (Androgel)</i>	T2	PA QL(60 PACKS/FILL)
<i>testosterone 1.62% gel pump (Androgel)</i>	T2	PA QL(150 GMS/FILL)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt (Androgel)</i>	T2	PA QL(30 PACKS/FILL)
<i>testosterone 10 mg gel pump (Fortesta)</i>	T2	PA QL(120 GMS/FILL)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T4	PA QL(300 GMS/FILL)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	T2	PA QL(300 GMS/FILL)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T2	PA QL(180 MLS/FILL)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Testim)</i>	T2	PA QL(60 TUBES/FILL)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i>	T2	PA QL(60 TUBES/FILL)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T4	PA QL(300 GMS/FILL)
<i>testosterone cypionate</i>	T2	PA
<i>testosterone cypionate (Depo-Testosterone)</i>	T2	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T2	PA
TESTRED (<i>methyltestosterone</i>)	T4	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T4	PA QL(300 GMS/FILL)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	T4	PA QL(60 TUBES/FILL)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T4	PA QL(60 PACKS/FILL)
XYOSTED	T4	PA QL(2 MLS/28 DAYS)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP (<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>)	T4	
DDAVP (<i>desmopressin acetate</i>)	T4	
<i>desmopressin 0.01% solution (Ddavp)</i>	T2	
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T3	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr (Ddavp)</i>	T2	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)</i>	T2	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)</i>	T2	
NOCURNA	T4	PA QL(30 TABS/FILL)
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T2	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>estradiol/norethindrone acet</i>)	T4	HD
CLIMARA (<i>estradiol</i>)	T4	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
COMBIPATCH	T3	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
DELESTROGEN	T4	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T4	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 1 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 2 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T2	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>estradiol</i> (Minivelle)	T2	QL(8 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-Dot)	T2	QL(8 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (0.25mg) gel pk (Divigel)	T2	QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (0.5mg) gel pkt (Divigel)	T2	QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (0.75mg) gel pk (Divigel)	T2	QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (1 mg) gel pkt (Divigel)	T2	QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>estradiol</i> 0.1% (1.25mg) gel pk	T2	QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>estradiol</i> 0.5 mg tablet (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol</i> 1 mg tablet (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol</i> 2 mg tablet (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T2	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T2	HD
MENOSTAR	T4	QL(4 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>norethind-eth estrad</i> 0.5-2.5	T2	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T2	HD
<i>norethin-eth estrad</i> 1 mg-5 mcg	T2	HD
PREFEST	T4	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T4	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T3	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T2	
<i>budesonide</i> (Uceris)	T2	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>cortisone acetate</i>	T2	
<i>dexamethasone</i>	T2	PA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
<i>dexamethasone</i>	T2	
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T2	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T2	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T2	PA
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T2	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i>	T2	PA
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
DEXONTO	T4	
DXEVO	T4	PA
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T2	
MEDROL	T4	
<i>MEDROL (methylprednisolone)</i>	T4	
<i>methylprednisolone</i>	T2	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	T2	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T4	
ORTIKOS	T4	
<i>prednisolone</i>	T2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T2	
<i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>	T2	
<i>prednisone</i>	T2	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T4	PA
TAPERDEX	T4	PA
TARPEYO	T4	PA QL(28 CAPS/30 DAYS) SP
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide</i>)	T4	
ZCORT	T4	PA
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T4	PA SP HD
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPPO	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T3	PA
ORIAHNN	T3	PA
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T2	SP
CETROTIDE	T4	SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T4	ST SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T2	ST SP
<i>ganirelix acetate</i> (Ganirelix Acetate)	T2	SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T3	PA QL(30 TABS/FILL)
ORILISSA 200 MG TABLET	T3	PA QL(60 TABS/FILL)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
SUPPRELIN LA	T4	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T4	
<i>methylergonovine maleate</i>	T2	PA QL(240 TABS/FILL)
PREPIDIL	T4	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T4	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T4	PA SP HD
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T2	QL(8 TABS/28 DAYS) HD
<i>danazol</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T4	HD
CRINONE 8% GEL	T3	
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T2	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T2	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T2	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T2	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T2	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone, micronized</i>)	T4	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T4	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA	T4	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T4	PA SP QL (56 caps/28 days)
SIGNIFOR	T4	PA SP
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T2	HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T2	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T3	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T2	
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 VL	T4	QL(3 VIALS/FILL) SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T4	ST SP
CHORIONIC GONAD 50,000 UNIT VL	T4	ST SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T4	ST SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG) (cont.)		
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
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE	T4	
ENDOMETRIN	T3	
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, synthetic</i>	T2	HD
<i>calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)</i>	T2	HD
MIACALCIN (<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>)	T4	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23 (IL-12/13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
STELARA	T4	PA QL(DROP) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL(1 CARTRIDGE/56 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRING	T4	PA QL(2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	T4	PA QL(400 MGS/28 DAYS) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRING	T4	PA QL(400 MGS/28 DAYS) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	T4	PA QL(600 MGS/28 DAYS) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA QL(600 MGS/28 DAYS) 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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
HYFTOR	T4	PA SP
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i> (Protopic)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T4	PA SP HD
AZASAN (<i>azathioprine</i>)	T4	SP HD
<i>azathioprine</i> (Azasan)	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T2	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T4	SP HD
<i>cyclosporine 100 mg capsule</i> (Sandimmune)	T2	SP HD
<i>cyclosporine 25 mg capsule</i> (Sandimmune)	T2	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T2	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T2	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
<i>everolimus 1 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T4	SP HD
LUPKYNIS	T4	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T2	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T2	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolate sodium</i>)	T4	SP HD
NEORAL (<i>cyclosporine, modified</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T2	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T2	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T2	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T2	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T4	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
2TEK	T4	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	T4	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T4	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T3	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T4	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT	T3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T4	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T4	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T3	
ADVANCED LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T4	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T4	
AGAMATRIX CONTROL	T4	
ALKALINE BATTERIES	T4	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T4	
ASSURE DOSE	T4	
ASSURE PRISM	T4	
AT HOME A1C	T4	
AUTOJECT 2	T3	
AUTO-LANCET MINI	T3	
AUTOLET IMPRESSION	T3	
AUTOLET LANCING DEVICE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
AUTOLET PLUS	T3	
AUTOPEN	T3	
AUTOSOFT 30	T3	
AUTOSOFT 90	T3	
AUTOSOFT XC	T3	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T4	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T4	
BREEZE 2	T4	
CAREONE	T3	
CARESENS	T4	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T4	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T3	
CARTRIDGE STAMPED	T3	
CEQR SIMPLICITY	T3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T3	
CHEMSTRIP BG DIARY	T4	
CLEO 90 INFUSION SET	T3	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T4	
COMFORT	T3	
COMFORT SHORT	T3	
CONTACT DETACH INFUSION SET	T3	
CONTOUR	T4	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T4	
CONTROL SOLUTION	T4	
COOL CONTROL SOLUTION	T4	
DEXCOM G6 RECEIVER	T3	PA
DEXCOM G6 SENSOR	T3	PA QL(3 KITS/30 DAYS)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T3	PA QL(1 KIT/90 DAYS)
DEXCOM G7 RECEIVER	T3	PA
DEXCOM G7 SENSOR	T3	PA QL (3 sensors/30 days)
DIATRUE	T4	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T3	
DROPLET LANCING DEVICE	T3	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T3	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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.)		
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T4	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T4	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T4	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T4	
EASY TOUCH BLU LINK CTRL SOLN	T4	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T4	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T3	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T4	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T4	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T4	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T4	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T4	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T4	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T4	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T4	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T4	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
EMBRACE LANCING DEVICE	T3	
EMBRACE PRO	T4	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T4	
ENLITE SERTER	T4	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T4	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T4	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T4	
EZ-VAC	T4	
FORA CONTROL SOLUTION	T4	
FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR	T4	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION	T4	
FORA LANCING DEVICE	T3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR	T4	
FORA TN'GO ADVANCE MONITOR	T4	
FORACARE GDH	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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.)		
FORTISCARE	T4	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T3	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T3	PA QL(2 KITS/30 DAYS)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T3	PA QL(2 SENSORS/28 DAYS)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T3	PA QL(2 UNITS/28 DAYS)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T4	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T4	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T4	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T4	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T4	
GLUCOCOM AUTOLINK	T4	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T4	
GLUCOSE CONTROL	T4	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI LANCING DEVICE	T3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER	T4	
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T4	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T4	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T4	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN RT CHARGER	T4	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T4	
GUARDIAN RT SYSTEM	T4	
GUARDIAN TEST PLUG	T4	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T4	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T3	
HYPOLANCE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
INCONTROL LANCING DEVICE	T3	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T4	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T4	
INFUSION SET	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T4	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T4	
INSET 30 INFUSION SET	T3	
INSET INFUSION SET	T4	
INSUL-CAP	T4	
INSUL-EZE	T3	
LANCING DEVICE	T3	
LANCING SYSTEM	T3	
LANZO	T3	
LITE TOUCH LANCING PEN	T3	
MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	T3	
MEDISENSE	T3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET	T3	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T4	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T4	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T3	
MICROLET 2	T3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T3	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T3	
MINIMED MIO	T3	
MINIMED MIO ADVANCE	T3	
MINIMED QUICK SET	T3	
MINIMED QUICK-SERTER	T4	
MINIMED QUICK-SERTER	T3	
MINIMED SILHOUETTE	T3	
MINIMED SURE T	T3	
MIO INFUSION SET	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
MULTI-LANCET	T3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T4	
NOVA MAX GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER	T4	
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T4	
NOVOPEN 3	T3	
NOVOPEN ECHO	T4	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	T3	QL(1 KIT/720 DAYS)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	T3	QL(15 PODS/28 DAYS)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	T3	QL(15 PODS/28 DAYS)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	T3	QL(1 KIT/720 DAYS)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	T3	QL(15 PODS/28 DAYS)
OMNIPOD GO PODS	T3	QL (10 pods/30 days)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T4	
ON CALL LANCING DEVICE	T3	
ON CALL PLUS CONTROL	T4	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T3	
ON CALL VIVID CONTROL	T4	
ONETOUCH DELICA	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T3	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
OVAL TAPE	T4	
PARADIGM REMOTE CONTROL	T4	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE	T3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T4	
PRODIGY LANCING DEVICE	T3	
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	T3	
QUICK-SET PARADIGM	T3	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T4	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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.)		
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T4	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T4	
RIGHTEST GD500	T3	
SAFE-CLIP	T3	
SEN-SERTER	T4	
SILHOUETTE	T3	
SIL-SERTER	T3	
SMARTDIABETES VANTAGE	T3	
SMARTEST	T4	
SOF-SERTER	T3	
SOF-SET	T3	
SOF-SET MICRO	T3	
SOLLUS V2 CONTROL SOLUTION	T4	
SOLLUS V2 LANCING DEVICE	T3	
SURE COMFORT LANCING PEN	T3	
SUREFLEX	T3	
SURE-PEN	T3	
SURE-T PARADIGM	T3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T4	
T:30 INFUSION SET	T3	
T:90	T3	
T:FLEX	T3	
T:SLIM	T3	
T:SLIM G4	T3	
T:SLIM X2	T3	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T4	
TRUE METRIX	T4	
TRUECONTROL	T4	
TRUEDRAW	T3	
TRUSTEEL INFUSION SET	T3	
ULTI-LANCE	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T4	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T4	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
UNISTIK 2	T3	
UNISTIK 2 NORMAL	T3	
UNISTIK 3	T3	
UNISTIK 3 COMFORT	T3	
UNISTIK 3 NEONATAL	T3	
UNISTRIP	T4	
VARISOFT INFUSION SET	T3	
VERASENS CONTROL SOLUTION	T4	
V-GO 20	T3	
V-GO 30	T3	
V-GO 40	T3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T4	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T3	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T4	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	T3	
BD NEEDLES 21GX1"	T3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	T3	
BD NEEDLES 22GX1"	T3	
BD NEEDLES 25GX0.875"	T3	
BLUNT NEEDLE	T3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T4	
CHEMO TRANSFER PIN	T3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES	T4	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T4	
EASYPPOINT NEEDLE	T4	
EXEL HUBER NEEDLE	T3	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T3	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T3	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T3	
FILTER NEEDLE	T3	
FLOW-EZE	T3	
HURRICAIN LUER-LOCK	T3	
HYPODERMIC NEEDLE	T3	
INTEGRA NEEDLE	T3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T4	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T3	
MINI TRANSFER PIN	T3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T3	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T4	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T3	
NEEDLE	T3	
needles,safety huber,disposabl	T2	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T3	
NOKOR NEEDLE	T3	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T4	
PHASEAL PROTECTOR	T4	
POLY HUB NEEDLE	T3	
PRECISIONGLIDE	T3	
QUINCE SPINAL NEEDLE	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T4	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T3	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T3	
SHORT BEVEL NEEDLES	T3	
SPECIALTY USE NEEDLES	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
TERUMO SURGUARD2	T3	
THIN WALL NEEDLES	T3	
TRANSFER NEEDLE	T3	
TRANSFER PIN	T3	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T3	
YALE NEEDLE	T3	
YALE NEEDLES	T3	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ALLERGIST TRAY	T4	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL	T3	
ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE	T3	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"	T4	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"	T4	
BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML	T3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML	T3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	T3	
BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T4	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T3	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T3	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	T3	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	T3	
BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"	T4	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	T3	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	T3	
BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"	T3	
BULK SYRINGE	T3	
CANNULA	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 20GX1.5"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 21GX1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 21GX1.5"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 22G 38MM	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 22GX1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 23GX1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 23GX1.5"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 25G X 1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 25GX5/8"	T3	
CAREPOINT LUER LOCK SYR 3 ML	T4	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE	T4	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL	T4	
CARETOUCH LUER LOCK	T3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE	T4	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE	T4	
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	T3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	T3	
DOVER BULB SYRINGE	T4	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING	T4	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 25GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 18GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 20GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 18GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10 ML 20GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10 ML 25GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 1ML 26GX3/8	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 1ML 27GX0.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 18GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLURINGE	T3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLK	T3	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY	T4	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK	T3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T4	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL	T4	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"	T3	
EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T3	
EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY	T4	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"	T3	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLock	T3	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK	T3	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T4	
ECLIPSE SYRINGE	T3	
ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE	T3	
EXEL SYRINGE	T3	
EXEL TB WITH NEEDLE	T3	
EXEL TUBERCULIN SYRINGE	T3	
EXTENDED RESERVOIR	T4	
FILTER, MILLEX-OR SYRINGE	T4	
FINGER GRIP EXTENDER	T4	
INJECT-EASE	T3	
INSULIN CARTRIDGE	T3	
INSULIN SYRINGE U-500	T3	
INTEGRA SYRINGE	T3	
INTERLINK SYRINGE	T3	
INTERLINK SYRINGE W-CANNULA	T4	
KENDALL DISINFECTANT CAP	T4	
LEVER LOCK CANNULA	T4	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T3	
LUER LOCK SYRINGE	T3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	T4	
LUER TIP CAP TRAY	T4	
LUER-LOK SYRINGE	T3	
LUER-LOK SYRINGE-NEEDLE	T3	
LUER-LOK TIP SYRINGE	T3	
LUERSLIP SYRINGE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
MAGELLAN SAFETY SYRINGE	T3	
MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE	T3	
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE	T3	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T4	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T3	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"	T3	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE	T3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE	T3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE	T4	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	T4	
MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE	T3	
MONOJECT MAGELLAN	T3	
MONOJECT PHARMACY TRAY	T3	
MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP	T4	
MONOJECT SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA	T4	
MONOJECT SYRINGE	T3	
MONOJECT SYRINGE 140 ML	T4	
MONOJECT SYRINGE 35 ML	T3	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY	T3	
MONOJECT TB	T3	
MONOJECT TB SYRINGE	T3	
MONOJECT TUBERCULIN SAFETY SYR	T3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE	T3	
NORM-JECT SYRINGE	T4	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE	T4	
PARADIGM	T3	
PISTON ENFIT SYRINGE	T4	
PRECISIONGLIDE	T3	
PRODIGY COUNT-A-DOSE	T3	
SAFESNAP ALLERGY SYRINGE	T4	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T4	
SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE	T4	
SAFETY SYRINGE WITH SHIELD	T3	
SAFETY SYRINGE-NEEDLE	T4	
SAFETYGLIDE ALLERGY	T3	
SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE	T4	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T3	
SAFETYGLIDE TB SYRINGE	T3	
SAFETY-LOK SAFETY SYRINGE	T3	
SAFETY-LOK SAFETY SYRINGES	T3	
SAFETY-LOK SYRINGES	T3	
SLIP-TIP SYRINGE	T4	
SUPOR	T4	
SYRINGE	T3	
SYRINGE BULK	T3	
SYRINGE CATHETER TIP	T3	
SYRINGE CATHETER TIP NON-STER	T3	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GP	T4	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GS	T4	
SYRINGE LUER-LOK	T3	
SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE	T3	
SYRINGE LUER-LOK STERILE	T3	
SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE	T3	
SYRINGE STORAGE BIN	T4	
SYRINGE TIP CAP	T3	
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	T3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	T3	
SYRINGE-LUER TIP CAP	T3	
SYRINGE-NEEDLE	T3	
SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
TB SYRINGE	T3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN	T3	
TERUMO SURGUARD2	T3	
TERUMO SYRINGE	T3	
TOOMEY SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE	T3	
TWINPAK DUAL CANNULA	T3	
ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"	T4	
ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"	T3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE	T4	
ULTICARE SYRINGE	T4	
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T3	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T4	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T4	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T4	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T3	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T3	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T3	
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T3	
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T3	
VANISHPOINT SYRINGE	T4	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T3	
VEO INSULIN SYRINGE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS		
ARGLAES FILM	T4	
CONFORMANT 2	T4	
DERMAVIEW	T3	
DERMAVIEW II	T3	
IV 3000	T3	
IV3000 FRAME DELIVERY	T4	
KENDALL	T3	
NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75"	T4	
NEXCARE TEGADERM DRESSING	T3	
OPSITE	T4	
OPSITE IV 3000	T3	
POLYSKIN II	T3	
SURESITE MATRIX	T3	
SURESITE WINDOW	T3	
TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG	T4	
TEGADERM 2"X2.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375"X4" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG	T3	
TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING	T4	
TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING	T4	
TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS	T4	
TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS	T3	
TEGADERM 3.5"X8" DRESSING	T4	
TEGADERM 4" X 10" DRESSING	T3	
TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING	T3	
TEGADERM 4"X4.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 6" X 8" DRESSING	T3	
TEGADERM 8" X 12" DRESSING	T3	
TEGADERM ABSORBENT	T4	
TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN	T3	
TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS	T3	
TEGADERM HP DRESSING	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)		
TEGADERM HP DRESSING	T4	
TEGADERM I.V.	T4	
TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN	T4	
TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN	T3	
TRANSPARENT DRESSING	T4	
TRANSPARENT FILM DRESSING	T4	
TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING	T3	
TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS	T4	
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T3	
WINDOW BANDAGES	T4	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ALTERNATE SITE LANCETS	T3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T3	
ASSURE LANCE	T3	
ASSURE LANCE PLUS	T3	
BD MICROTAINER LANCETS	T3	
BD ULTRA-FINE	T3	
BD ULTRA-FINE II	T3	
BLOOD LANCETS	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T3	
CAREONE	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
CARETOUCH TWIST LANCET	T3	
CLEVER CHEK LANCETS	T3	
COAGUCHEK	T3	
COLOR LANCETS	T3	
COMFORT EZ	T3	
COMFORT LANCETS	T3	
DROPLET LANCETS	T3	
EASY COMFORT LANCETS	T3	
EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T3	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T3	
EASY TWIST CAP LANCETS	T3	
EMBRACE 30G LANCETS	T3	
EMBRACE SAFETY LANCET	T3	
EZ SMART LANCETS	T3	
EZ-LETS	T3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T3	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T3	
FINGERSTIX	T3	
FORA LANCETS	T3	
FORACARE LANCETS	T3	
FREESTYLE LANCETS	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
FREESTYLE UNISTIK 2	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOCOM LANCETS	T3	
GOJJI LANCETS	T3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T3	
INJECT EASE LANCETS	T3	
INVACARE LANCETS	T3	
<i>lancets</i>	T2	
LANCETS	T3	
LANCETS THIN	T3	
LANCETS ULTRA THIN	T3	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T3	
MEDISENSE THIN LANCETS	T3	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T3	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T3	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T3	
MICRO THIN LANCET	T3	
MICRO THIN LANCETS	T3	
MICROLET	T3	
MICROTAINER LANCETS	T3	
MONOLET LANCETS	T3	
MONOLET THIN LANCETS	T3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T3	
NOVA SAFETY LANCETS	T3	
NOVA SUREFLEX	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ON CALL LANCET	T3	
ON CALL PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T3	
ONETOUCH LANCETS	T3	
ONETOUCH SURESOFT	T3	
ON-THE-GO	T3	
PIP LANCET	T3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T3	
PRO COMFORT LANCET	T3	
PRO COMFORT LANCETS	T3	
PRODIGY LANCETS	T3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T3	
PURE COMFORT LANCETS	T3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T3	
READYLANCER SAFETY LANCETS	T3	
RELIAMED	T3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T3	
RELION THIN	T3	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T3	
SAFETY LANCETS	T3	
SAFETY SEAL LANCETS	T3	
SAFETY-LET	T3	
SINGLE-LET	T3	
SMART SENSE	T3	
SMART SENSE LANCETS	T3	
SMARTEST LANCET	T3	
SOFT TOUCH	T3	
SOLUS V2	T3	
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCE TL	T3	
STERILE LANCETS	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
SUPER THIN LANCETS	T3	
SURE COMFORT LANCETS	T3	
SURE-LANCE	T3	
SURE-TOUCH	T3	
TECHLITE LANCETS	T3	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T3	
THIN LANCETS	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T3	
TRUE COMFORT LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCETS	T3	
TWIST LANCETS	T3	
TWIST TOP LANCET	T3	
ULTILET BASIC	T3	
ULTILET CLASSIC	T3	
ULTILET LANCETS	T3	
ULTILET SAFETY	T3	
ULTRA THIN LANCET	T3	
ULTRA THIN LANCETS	T3	
ULTRA THIN PLUS	T3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T3	
ULTRA-CARE LANCETS	T3	
ULTRALANCE	T3	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T3	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T3	
ULTRATLC LANCETS	T3	
UNILET COMFORTOUCH	T3	
UNILET EXCELITE	T3	
UNILET EXCELITE II	T3	
UNILET GP LANCET	T3	
UNILET LANCET	T3	
UNILET LANCETS	T3	
UNISTIK 3	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNISTIK 3 EXTRA	T3	
UNISTIK COMFORT	T3	
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS		
ALCOH-GLOVE	T4	
ALCOH-WIPE	T4	
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL		
1.5 VOLT BATTERIES #357	T3	
ACCU-CHEK LINKASSIST	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T3	
ACCU-CHEK SPIRIT	T3	
ACCU-CHEK TENDER	T3	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T3	
DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	T3	
INSET 30 TUBING	T3	
IV ADMINISTRATION SET	T3	
NERIA	T4	
PARADIGM INFUSION	T3	
PARADIGM SILHOUETTE	T3	
POLYFIN QR	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)		
PSV SET	T4	
Q-SYTE	T3	
SILHOUETTE	T3	
SURE-T	T3	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T3	
AEROCHAMBER MINI	T3	
AEROCHAMBER MV	T3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T3	
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T3	
AEROTRACH PLUS	T3	
AEROVENT PLUS	T3	
BREATHERITE	T3	
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T3	
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T3	
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T3	
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T3	
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T3	
BREATHRITE	T3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T3	
COMPACT SPACE CHAMBER	T3	
EASIVENT	T3	
FLEXICHAMBER	T3	
FLEXICHAMBER MASK	T3	
INSPIRACHAMBER	T3	
LITEAIRE	T3	
LITETOUCH	T3	
MICROCHAMBER	T3	
MICROSPACER	T3	
MOUTHPIECE	T3	
ONE WAY MOUTHPIECE	T3	
OPTICHAMBER	T3	
OPTICHAMBER DIAMOND	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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.)		
PANDA MASK	T3	
PEDIATRIC MASK	T3	
PEDIATRIC PANDA MASK	T3	
POCKET CHAMBER	T3	
PRIMEAIRE	T3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	T3	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	T4	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	T4	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T3	
PROCHAMBER	T3	
PURE COMFORT SPACER WITH MASK	T4	
RITEFLO	T3	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T3	
SILICONE MASK	T3	
SPACE CHAMBER	T3	
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T3	
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T3	
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T3	
VORTEX	T3	
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	T3	
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	T3	
VORTEX VHC FROG MASK	T3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T3	
RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
IMPLANTES PARA AUMENTO DEL VOLUMEN DE TEJIDO - ANORRECTAL		
SOLESTA	T4	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS- CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T4	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T4	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T2	
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T2	
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T2	ST
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T2	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T2	
<i>chlorzoxazone</i>	T2	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T2	
<i>DANTRIUM (dantrolene sodium)</i>	T4	
<i>dantrolene sodium</i>	T2	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T2	
<i>FEXMID (cyclobenzaprine hcl)</i>	T4	PA
<i>LORZONE (chlorzoxazone)</i>	T4	PA
<i>metaxalone</i>	T2	
<i>methocarbamol 500 mg tablet</i>	T2	
<i>methocarbamol 750 mg tablet</i>	T2	
<i>NORGESIC (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T4	
<i>NORGESIC FORTE (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T4	
<i>orphenadrine citrate</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic Forte)</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic)</i>	T2	
<i>SOMA (carisoprodol)</i>	T4	
<i>tizanidine hcl</i>	T2	
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	T2	
<i>ZANAFLEX (tizanidine hcl)</i>	T4	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T4	
BRAINSTRONG PRENATAL	T4	
CADEAU DHA	T4	
CITRANATAL 90 DHA	T4	
CITRANATAL ASSURE	T4	
CITRANATAL B-CALM	T4	
CITRANATAL DHA	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
CITRANATAL HARMONY	T4	
CITRANATAL RX	T4	
CVS PRENATAL GUMMY VITAMINS	T4	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
<i>cvs prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
DUET DHA 400	T4	
DUET DHA BALANCED	T4	
EXPECTA PRENATAL	T3	
<i>gnp prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
GS PRENATAL VITAMINS TABLET	T4	
HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK	T3	
<i>hm prenatal tablet</i>	T2	PPACA
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	T4	
KPN PRENATAL TABLET	T3	
<i>kpn tablet</i>	T2	PPACA
MARNATAL-F	T4	
MINI PRENATAL	T4	
MTERYTI	T4	
MTERYTI FOLIC 5	T4	
NATACHEW	T4	
NEONATAL COMPLETE	T4	
NEONATAL PLUS	T4	
NEONATAL-DHA	T4	
NESTABS	T4	
NESTABS ABC	T4	
NESTABS DHA	T4	
OB COMPLETE ONE	T4	
OB COMPLETE PETITE	T4	
OB COMPLETE PREMIER	T4	
OB COMPLETE WITH DHA	T4	
OBSTETRIX EC	T4	
OBTREX DHA	T4	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	T4	
ONE-A-DAY PRENATAL-1	T4	
<i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>	T2	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T2	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T2	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T2	
<i>pnv cmb 52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T2	
<i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>	T2	
<i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>	T2	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>	T2	
<i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>	T2	
<i>pnv19/iron bg,s.p/folic ac/om3</i>	T2	
<i>pnv81/iron edta,ps/folic/omeg3</i>	T2	
PRENATA	T4	
<i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>	T2	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T2	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	T4	
<i>prenatal 19 chewable tablet</i>	T2	
PRENATAL 19 TABLET	T4	
<i>prenatal 19 tablet</i>	T2	
<i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>	T2	PPACA
<i>prenatal 53/iron/folic ac/omg3</i>	T2	
<i>prenatal 54/iron/folic ac/omg3</i>	T2	
<i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>	T2	
<i>prenatal caplet</i>	T2	PPACA
<i>prenatal comb no.42/folic acid (Vitamedmd Redichew Rx)</i>	T2	
PRENATAL FORMULA	T3	
PRENATAL FORMULA-DHA (<i>prenatal vit116/iron/folic/dha</i>)	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL MULTI	T4	
<i>prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T3	
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T4	
<i>prenatal multivitamin tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET	T4	
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	T4	
PRENATAL PLUS-DHA	T4	
<i>prenatal tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL TABLET	T4	
<i>prenatal vit 14/iron fum/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>	T2	
<i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>	T2	
<i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit,calc76/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit,calc78/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>	T2	
<i>prenatal vit136/iron/folic acd</i>	T2	
<i>prenatal vit27,calcium/iron/fa</i>	T2	
<i>prenatal vit86/iron/folic acid</i>	T2	
PRENATAL VITAMIN + DHA	T3	
<i>prenatal vitamin tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL VITAMIN TABLET (<i>prenatal vit no.124/iron/folic</i>)	T4	
<i>prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>	T2	PPACA
<i>prenatal,calc.40/iron/folate 1</i>	T2	
<i>prenatal71/iron/folic acid/dha</i>	T2	
PRENATE DHA	T4	
PRENATE ELITE	T4	
PRENATE ENHANCE	T4	
PRENATE MINI	T4	
PRENATE PIXIE	T4	
PRENATE RESTORE	T4	
PRENATE STAR	T4	
PRIMACARE	T4	
PROVIDA OB	T4	
<i>qc prenatal tablet</i>	T2	PPACA
<i>ra one daily prenatal dha pack</i>	T2	PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>ra prenatal tablet</i>	T2	PPACA
R-NATAL OB	T4	
SELECT-OB	T4	
SELECT-OB (<i>prenatal vit128/iron/folic acid</i>)	T4	
SELECT-OB + DHA	T4	
SIMILAC PRENATAL	T4	
<i>sm prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
STUART ONE (<i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i>)	T4	
<i>sv prenatal tablet</i>	T2	PPACA
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	T4	
THERANATAL	T4	
THERANATAL COMPLETE	T4	
THERANATAL ONE	T4	
THERANATAL OVAVITE	T4	
THERANATAL PLUS	T4	
THRIVITE RX	T4	
TRICARE	T4	
TRICARE PRENATAL DHA ONE	T4	
TRISTART DHA	T4	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T4	
VITAFOL FE PLUS	T4	
VITAFOL GUMMIES	T4	
VITAFOL NANO	T4	
VITAFOL ULTRA	T4	
VITAFOL-OB	T4	
VITAFOL-OB+DHA	T4	
VITAFOL-ONE	T4	
VITAMEDMD ONE RX	T4	
VITAMEDMD REDICHEW RX (<i>prenatal comb no.42/folic acid</i>)	T4	
VITAPEARL	T4	
VITATRUE	T4	
VP-PNV-DHA	T4	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO		
CVS PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
TRINAZ	T4	
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>)	T4	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T2	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T4	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T2	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T2	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T2	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T2	
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)	T2	
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral soln</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T2	
<i>lorazepam</i>	T2	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
<i>oxazepam</i>	T2	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>bupirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T2	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T4	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate</i>)	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T4	
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T4	
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T4	
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T2	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T2	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T4	
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
APLENZIN	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i> (Wellbutrin XI)	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin XI)	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T2	HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	ST HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T2	HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T2	ST QL(4 CAPS/FILL) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL(60 CAPS/FILL) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T2	ST HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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) (cont.)		
<i>fluvoxamine maleate</i>	T2	ST QL(60 CAPS/FILL) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T2	QL(90 TABS/FILL) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T2	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>paroxetine hcl (Paxil Cr)</i>	T2	ST QL(60 TABS/FILL) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp (Paxil)</i>	T2	ST HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
PAXIL 10 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST HD
PAXIL 20 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(60 TABS/FILL) HD
PAXIL 30 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(60 TABS/FILL) HD
PAXIL 40 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
PAXIL CR (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(60 TABS/FILL) HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T2	HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL(45 TABS/FILL) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T2	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
DESVENLAFAXINE ER	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>desvenlafaxine succinate (Pristiq)</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap (Cymbalta)</i>	T1	QL(60 CAPS/FILL) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap (Cymbalta)</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap (Cymbalta)</i>	T1	QL(60 CAPS/FILL) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	ST QL(28 CAPS/FILL) HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 CAPS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL(90 TABS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL(90 CAPS/FILL) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
<i>vilazodone hcl (Viibryd)</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T2	HD
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T2	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T2	HD
<i>ANAFRANIL (clomipramine hcl)</i>	T4	HD
<i>clomipramine hcl (Anafranil)</i>	T2	HD
<i>desipramine hcl</i>	T2	HD
<i>desipramine hcl (Norpramin)</i>	T2	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T2	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T2	HD
<i>imipramine hcl (Tofranil)</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T2	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T2	HD
<i>NORPRAMIN (desipramine hcl)</i>	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>nortriptyline hcl</i>	T2	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T4	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T2	HD
SURMONTIL (<i>trimipramine maleate</i>)	T4	HD
TOFRANIL (<i>imipramine hcl</i>)	T4	HD
<i>trimipramine maleate</i> (Surmontil)	T2	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

VYVANSE	T3	ST
---------	----	----

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

<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i> (Kapvay)	T2	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T2	
KAPVAY (<i>clonidine hcl</i>)	T4	ST

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

ADHANSIA XR	T4	ST
APTENSIO XR (<i>methylphenidate hcl</i>)	T4	ST
AZSTARYS	T4	ST
COTEMPLA XR-ODT	T4	ST
DAYTRANA	T3	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin Xr)	T2	
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
JORNAY PM	T4	ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T4	
<i>methylphenidate</i>	T2	ST
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T2	
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T2	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T4	ST
<i>methylphenidate hcl</i>	T2	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T2	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T2	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T2	
QELBREE ER	T4	ST
QUILLICHEW ER	T3	ST
QUILLIVANT XR	T3	ST
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T4	ST
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T2	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T4	PA
VYLEESI	T4	PA QL(8 AUTO-INJS/FILL) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸		
ANTIPSI., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T2	
ANTIPSIÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T2	QL(60 TABS/FILL)
CAPLYTA	T4	QL(30 CAPS/FILL)
<i>clozapine</i>	T2	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T2	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T4	
FANAPT 1 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT 10 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT 12 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT 2 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT 4 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT 6 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT 8 MG TABLET	T4	QL(60 TABS/FILL)
FANAPT TITRATION PACK	T4	QL(8 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T4	QL(60 CAPS/FILL)
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 TABS/FILL)
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 TABS/FILL)
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(60 TABS/FILL)
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 TABS/FILL)
LATUDA 120 MG TABLET	T3	QL(30 TABS/FILL)
LATUDA 20 MG TABLET	T3	QL(30 TABS/FILL)
LATUDA 40 MG TABLET	T3	QL(30 TABS/FILL)
LATUDA	T3	QL (30 tabs/30 days)
LATUDA 60 MG TABLET	T3	QL(30 TABS/FILL)
LATUDA 80 MG TABLET	T3	QL(60 TABS/FILL)
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i> (Invega)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i> (Invega)	T2	QL(60 TABS/FILL)
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>quetiapine er 150 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>quetiapine er 300 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(60 TABS/FILL)
<i>quetiapine er 400 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(60 TABS/FILL)
<i>quetiapine er 50 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(60 TABS/FILL)
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(90 TABS/FILL)
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(90 TABS/FILL)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(90 TABS/FILL)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(90 TABS/FILL)
RISPERDAL 0.5 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 TABS/FILL)
RISPERDAL 1 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 TABS/FILL)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION (<i>risperidone</i>)	T4	
RISPERDAL 2 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 TABS/FILL)
RISPERDAL 3 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 TABS/FILL)
RISPERDAL 4 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
<i>risperidone</i>	T2	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 0.25 mg tablet</i>	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 0.5 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 1 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 1 mg/ml solution (Risperdal)</i>	T2	
<i>risperidone 2 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 3 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 4 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 TABS/FILL)
SECUADO	T4	QL(30 PATCHES/FILL)
VERSACLOZ	T4	
<i>ziprasidone hcl (Geodon)</i>	T2	QL(60 CAPS/FILL)
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T4	QL(30 TABS/FILL)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine</i>)	T4	QL(30 TABS/FILL)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T4	QL(30 CAPS/FILL)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T4	QL(7 CAPS/FILL)
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T4	QL(30 CAPS/FILL)
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T4	QL(30 CAPS/FILL)
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T4	QL(30 CAPS/FILL)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T4	
ABILIFY MYCITE	T4	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole</i>	T2	QL(60 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T2	
<i>aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 15 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 5 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 TABS/FILL)
REXULTI	T4	QL(30 TABS/FILL)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T2	
<i>fluphenazine hcl</i>	T2	
<i>perphenazine</i>	T2	
<i>thioridazine hcl</i>	T2	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T2	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T2	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T2	
SYMBYAX (<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>)	T4	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)		
NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A		
ZTALMY	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil (Nuvigil)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL)
<i>modafinil 100 mg tablet (Provigil)</i>	T2	PA QL(30 TABS/FILL)
<i>modafinil 200 mg tablet (Provigil)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL)
SUNOSI	T3	PA QL(30 TABS/FILL)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
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>	T2	
<i>secobarbital sodium</i>	T2	QL(30 CAPS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MTI/MT2		
HETLIOZ	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
HETLIOZ LQ	T4	PA QL(158 MLS/FILL) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T2	QL(30 TABS/FILL)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
estazolam	T2	
<i>flurazepam hcl</i>	T2	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T4	
MIDAZOLAM HCL 10 MG/5 ML SYRUP	T4	
<i>midazolam hcl 2 mg/ml syrup</i>	T2	
MIDAZOLAM HCL 5 MG/2.5 ML SYRP	T4	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T4	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T2	
<i>triazolam</i>	T2	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T2	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
BELSOMRA	T4	ST QL(30 TABS/FILL)
DAYVIGO	T4	ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T2	ST QL(30 TABS/FILL)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T2	ST QL(30 TABS/FILL)
EDLUAR	T4	ST QL(30 TABS/FILL)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T2	QL(30 TABS/FILL)
IGALMI	T4	
KETAMINE HCL	T4	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T4	
QUVIVIQ	T4	ST
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL(30 TABS/FILL)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	T2	QL(60 CAPS/FILL)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	T2	QL(30 CAPS/FILL)
<i>zolpidem tartrate</i>	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien Cr)	T2	QL(30 TABS/FILL)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T2	QL(30 TABS/FILL)
ZOLPIMIST	T4	ST QL(1 CANISTER/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Varias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T2	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T2	
PHYSIOLYTE (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T4	
PHYSIOSOL (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T4	
<i>ringer's solution</i>	T2	
<i>ringer's solution,lactated</i>	T2	
<i>sod,pot chlor/mag/sod,pot phos</i>	T2	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T2	
SORBITOL	T4	
SORBITOL-MANNITOL	T4	
water for irrigation,sterile	T2	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T2	
CONSERVANTES		
<i>formaldehyde</i>	T2	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T2	
<i>methoxsalen</i>	T2	
SKYRIZI	T4	PA QL(150 MG/84 DAYS) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL(150 MG/84 DAYS) SP HD
SKYRIZI PEN	T4	PA QL(150 MG/84 DAYS) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL(1 ML/28 DAYS) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL(1 ML/28 DAYS) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL(1 ML/28 DAYS) SP HD
TALTZ SYRINGE	T4	PA QL(1 ML/28 DAYS) SP HD
TREMFYA	T4	PA QL(DROP) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	T2	QL(150 MLS/28 DAYS) HD
<i>diclofenac 2% solution pump (Pennsaid)</i>	T2	ST QL(112 GMS/28 DAYS) HD
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T2	ST QL(500 GMS/28 DAYS) HD
FLECTOR	T3	ST QL(60 PATCHES/FILL) HD
LICART	T3	ST QL(30 PATCHES/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (isotretinoin)	T4	ST
isotretinoin (Absorica)	T2	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T4	ST
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i> (Epiduo Forte)	T2	
AZELEX	T4	ST
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T2	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)	T2	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Ziana)	T2	PA
<i>dapsone</i> (Aczone)	T2	
EPIDUO FORTE	T4	ST
EPIDUO FORTE (<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	ST
NEUAC 1.2-5% KIT	T4	ST
<i>neuac gel</i>	T2	
ONEXTON	T3	ST
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T2	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
TWYNEO	T4	PA ST
VTAMA	T4	PA ST QL (1 tube/28 days)
ZIANA (<i>clindamycin/tretinoin</i>)	T4	PA ST
ZORYVE	T4	PA ST QL (60gms/21 days)
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<i>doxepin 5% cream</i> (Zonalon)	T2	ST QL(90 GMS/30 DAYS)
<i>doxepin hcl</i> (Zonalon)	T2	ST QL(90 GMS/30 DAYS)
ZONALON	T4	ST QL(90 GMS/30 DAYS)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL(90 GMS/30 DAYS)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T2	QL(120 MLS/30 DAYS)
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T2	
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 ANTIPSORIÁSICOS (cont.)		
DUOBRII	T4	ST QL(200 GMS/30 DAYS)
<i>tazarotene 0.05% gel (Tazorac)</i>	T2	PA
<i>tazarotene 0.1% cream (Tazorac)</i>	T2	PA
<i>tazarotene 0.1% gel (Tazorac)</i>	T2	PA
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T4	
ZORYVE	T4	PA QL(60 GMS/28 DAYS)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T4	
OVACE (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	
OVACE PLUS	T4	
OVACE PLUS WASH	T4	
PLEXION NS	T4	
<i>selenium sulfide</i>	T2	
SELRX	T4	
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T4	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>	T2	
TERSI FOAM	T4	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% SWABS	T3	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T2	
ALCOHOL 70% WIPES	T3	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T2	
<i>alcohol prep pads</i>	T2	
<i>alcohol swabs</i>	T2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T3	
CURITY ALCOHOL PREPS	T3	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T2	
DROPSAFE PREP PADS	T3	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T3	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T3	
IV PREP WIPES	T3	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T3	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T2	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
<i>qc alcohol 70% swabs</i>	T2	
<i>ra alcohol swabs</i>	T2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T3	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T3	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
SINGLE USE SWAB	T3	
SM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T3	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T3	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T2	
WEBCOL	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	QL(15 GMS/FILL)
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T2	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T2	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
CANTHARIDIN-ACETONE	T4	
<i>methyl salicylate</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T4	PA QL(30 TABS/30 DAYS) SP
COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES		
VANOXIDE-HC	T4	ST
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzepro 6% foaming cloths</i>	T2	
BENZEPRO 7% CREAMY WASH (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T4	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T2	
ENZOCLEAR	T4	ST
INOVA	T4	ST
INOVA 4-1	T4	ST
INOVA 8-2	T4	ST
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
<i>podofilox</i>	T2	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T4	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T4	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T2	
ZINC OXIDE PASTE	T3	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid (Finacea)</i>	T2	
EPSOLAY	T4	ST
FINACEA 15% FOAM	T3	ST
FINACEA 15% GEL (<i>azelaic acid</i>)	T4	ST
<i>ivermectin 1% cream (Soolantra)</i>	T2	QL(60 GMS/30 DAYS)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T4	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T4	ST
<i>metronidazole</i>	T2	
<i>metronidazole (Metrocream)</i>	T2	
<i>metronidazole (Metrogel)</i>	T2	
MIRVASO	T3	PA
RHOFADE	T4	PA
<i>rosadan 0.75% cream (Metrocream)</i>	T2	
ROSADAN 0.75% CREAM KIT	T4	ST
<i>rosadan 0.75% gel</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
ROSADAN 0.75% GEL KIT	T4	ST
SOOLANTRA	T4	ST QL(60 GMS/30 DAYS)
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T4	ST QL(60 GMS/30 DAYS)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T4	
SURGISEAL STYLUS	T4	
SURGISEAL TEARDROP	T4	
SURGISEAL TWIST	T4	
TISSEEL VHSD	T4	
TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO		
AKLIEF	T4	PA ST
ARAZLO	T4	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
MEDIHONEY	T4	
SAF-CLENS AF	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 100% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 20% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T4	ST QL(30 GMS/FILL)
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>hydrocortisone</i>)	T4	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T2	
<i>amcinonide</i>	T2	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>betamethasone dipropionate</i>	T2	
<i>betamethasone va 0.1% cream</i>	T2	
<i>betamethasone va 0.1% lotion</i>	T2	
<i>betamethasone valer 0.1% ointm</i>	T2	
<i>betamethasone valer 0.12% foam (Luxiq)</i>	T2	ST
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T2	
betamethasone/propylene glyc (Diprolene)	T2	
BRYHALI	T4	ST
CAPEX SHAMPOO	T4	ST
<i>clobetasol 0.05% cream (Temovate)</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>clobetasol 0.05% ointment (Temovate)</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T2	ST QL(236 MLS/30 DAYS)
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T2	QL(100 MLS/30 DAYS)
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T2	ST QL(118 MLS/30 DAYS)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam (Olux-E)</i>	T2	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
<i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>	T2	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
<i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>	T2	ST QL(125 MLS/30 DAYS)
<i>clobetasol propionate/emoll (Olux-E)</i>	T2	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(236 MLS/30 DAYS)
CLOBEX 0.05% SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(125 MLS/30 DAYS)
<i>clocortolone pivalate 0.1% crm (Cloderm)</i>	T2	
CLODAN 0.05% KIT	T4	ST QL(2 KITS/28 DAYS)
<i>clodan 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T2	ST QL(236 MLS/30 DAYS)
CLODERM	T4	ST
CLODERM (<i>clocortolone pivalate</i>)	T4	ST
CORDRAN 0.025% CREAM	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
CORDRAN 0.05% CREAM (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
CORDRAN 0.05% LOTION (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL(120 MLS/30 DAYS)
CORDRAN 0.05% OINTMENT (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE	T4	ST
CUTIVATE (<i>fluticasone propionate</i>)	T4	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T4	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone/shower cap</i>)	T4	ST
DERMASORB HC	T4	ST
DERMASORB TA	T4	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T4	ST
DESONATE (<i>desonide</i>)	T4	ST
<i>desonide</i> (Desonate)	T2	ST
<i>desonide 0.05% cream</i> (Tridesilon)	T2	
<i>desonide 0.05% gel</i> (Desonate)	T2	ST
<i>desonide 0.05% lotion</i>	T2	ST
<i>desonide 0.05% ointment</i>	T2	
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T2	ST
<i>diflorasone diacet/emollient</i>	T2	ST
<i>diflorasone diacetate</i>	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
DIPROLENE (<i>betamethasone/propylene glyc</i>)	T4	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-Smooth-Fs)	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T2	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smooth-Fs)	T2	
<i>fluocinonide 0.05% cream</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.05% gel</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.05% ointment</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.05% solution</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i> (Vanos)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>flurandrenolide 0.05% cream</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>flurandrenolide 0.05% lotion</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 MLS/30 DAYS)
<i>flurandrenolide 0.05% ointment</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T2	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i> (Cutivate)	T2	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i> (Cutivate)	T2	ST
<i>fluticasone propionate</i> (Cutivate)	T2	ST
<i>halcinonide</i> (Halog)	T2	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i> (Ultravate)	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i> (Ultravate)	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
HALOG	T4	ST
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T4	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm</i> (Locoid Lipocream)	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>hydrocort/min oil/petrolat,wht</i>	T2	
<i>hydrocortisone</i>	T2	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp)	T2	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-Hc)	T2	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T2	QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i> (Locoid)	T2	ST QL(118 MLS/30 DAYS)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	T2	ST
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T2	ST QL(120 MLS/30 DAYS)
<i>hydrocortisone valerate</i>	T2	
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(126 GMS/30 DAYS)
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T4	ST
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T2	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T2	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T2	
<i>nolix 0.05% cream</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
<i>nolix 0.05% lotion</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 MLS/30 DAYS)
NUCORT	T4	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
OLUX-E (<i>clobetasol propionate/emoll</i>)	T4	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
PANDEL	T4	ST
<i>prednicarbate</i>	T2	
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T2	
SCALACORT DK	T4	ST
SYNALAR	T4	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T4	ST
SYNALARTS	T4	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(120 GMS/30 DAYS)
TEXACORT	T4	ST
TOPICORT 0.05% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
TOPICORT 0.05% GEL (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.05% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.25% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.25% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
<i>triamcinolone 0.025% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.025% lotion</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.025% oint</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.05% ointment</i>	T2	ST
<i>triamcinolone 0.1% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.1% lotion</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.1% ointment</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T2	ST QL(126 GMS/30 DAYS)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T2	ST QL(100 GMS/30 DAYS)
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	ST
<i>triderm 0.1% cream</i>	T2	
<i>triderm 0.5% cream</i>	T2	ST
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T4	ST
ULTRAVATE X	T4	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
EPIFOAM	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i>	T2	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T2	
PRAMOSONE	T4	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T2	
<i>malathion (Ovide)</i>	T2	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T4	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS		
OPZELURA	T4	PA QL(240 GMS/28 DAYS)
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (cont.)		
iodine/sodium iodide	T2	
IODOFLEX	T4	
IODOSORB	T4	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T2	ST QL(60 GMS/30 DAYS)
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T2	QL(60 GMS/30 DAYS)
ENSTILAR	T3	ST QL(60 GMS/30 DAYS)
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T4	QL(60 GMS/30 DAYS)
TACLONEX OINTMENT (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T4	ST QL(60 GMS/30 DAYS)
WYNZORA	T4	ST QL(60 GMS/30 DAYS)
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL(180 GMS/FILL)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene 0.1% cream</i> (Differin)	T2	
ADAPALENE 0.1% LOTION	T4	ST
<i>adapalene 0.1% solution</i>	T2	
<i>adapalene 0.1% swab</i>	T2	ST
<i>adapalene 0.3% gel</i>	T2	
<i>adapalene 0.3% gel pump</i> (Differin)	T2	
ALTRENO	T4	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
AVITA 0.025% GEL	T4	PA
DIFFERIN	T4	ST
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T4	ST
RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T4	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL	T4	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	T4	PA
<i>tretinoin</i>	T2	
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-A)	T2	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T2	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-A)	T2	PA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro Pump)	T2	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro)	T2	PA
TRETIN-X	T4	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T4	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
NICOTROL NS	T4	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
APO-VARENICLINE 0.5 MG TABLET	T3	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
APO-VARENICLINE 1 MG TABLET	T3	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
CHANTIX	T4	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
<i>varenicline 0.5 mg tablet</i>	T2	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
<i>varenicline 1 mg tablet</i>	T2	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
<i>varenicline tartrate</i>	T2	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T2	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T2	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T4	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
ERMEZA SOLUTION	T4	ST HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T2	HD
<i>thyroid,pork</i>	T2	HD
<i>thyroid,pork (Wp Thyroid)</i>	T2	HD
WP THYROID	T4	HD
WP THYROID (<i>thyroid,pork</i>)	T4	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T4	SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN		
BRONCHITOL	T4	PA SP HD
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL(112 TABS/FILL) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL(112 TABS/FILL) SP HD
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL(56 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 QIL (56 packets/28 days)
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 PACKS/FILL) SP HD
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T4	
INFASURF	T4	
SURFAXIN	T4	
SURVANTA	T4	
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 125 MG TABLET	T4	PA QL(28 TABS/28 DAYS) SP
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
VIJOICE 50 MG TABLET	T4	PA QL(28 TABS/28 DAYS) SP
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)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP HD
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
ORLADEYO	T4	PA SP
ORLADEYO 110MG CAPSULE	T4	PA SP QL (28 caps/28 days)
ORLADEYO 150MG CAPSULE	T4	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T4	PA SP HD QL (2 units/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin calcium</i>	T2	CSL
MESNEX	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL(20 PACKS/30 DAYS) SP CSL
AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS		
SCLEROSOL	T4	CSL
STERILE TALC	T4	CSL
STERITALC	T4	CSL
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
SODIUM IODIDE I-123	T4	CSL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate (Peridex)</i>	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T4	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	T2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
CAVERJECT 20 MCG VIAL	T2	PA QL(12 VIALS/FILL)
CAVERJECT 40 MCG VIAL	T2	PA QL(12 VIALS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Disfunción eréctil) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG KIT	T2	PA QL(12 KITS/FILL)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG SYRNG	T2	PA QL(12 SYRINGES/FILL)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG KIT	T2	PA QL(12 KITS/FILL)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG SYRNG	T2	PA QL(12 SYRINGES/FILL)
CIALIS 10 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL(8 TABS/FILL)
CIALIS 2.5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL(30 TABS/FILL)
CIALIS 20 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL(8 TABS/FILL)
CIALIS 5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	PA QL(8 TABS/FILL)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL(6 KITS/FILL)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL(2 KITS/FILL)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL(6 KITS/FILL)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL(2 KITS/FILL)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL(6 KITS/FILL)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL(2 KITS/FILL)
IFE-BIMIX 30/1	T3	
IFE-PG20	T3	
LEVITRA (<i>ildenafil hcl</i>)	T3	PA QL(8 TABS/FILL)
MUSE	T2	PA QL(12 SUPPS/FILL)
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	T3	
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD	T3	
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	PA QL(8 TABS/FILL)
STENDRA	T3	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL(30 TABS/FILL)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL(8 TABS/FILL)
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
<i>ildenafil hcl</i>	T2	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>ildenafil hcl</i> (Levitra)	T2	PA QL(8 TABS/FILL)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL(8 TABS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T4	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T4	
SILATRIX	T4	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T4	
GELX	T4	
MUGARD	T4	SP
ORAMAGICRX	T4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T4	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T4	
AQUORAL	T4	
BOCASAL	T4	
CAPHOSOL	T4	
MUCOSITISRX	T4	
NEUTRASAL	T4	
NUMOISYN	T4	
SALIVAMAX	T4	
XEROSTOMIA RELIEF	T4	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
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>	T2	ST
<i>paricalcitol</i>	T2	ST SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T2	ST SP HD
RAYALDEE	T4	ST
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T4	ST SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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	T4	
<i>mifepristone</i>	T2	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
KEVEYIS	T4	PA SP
INHIBIDORES DE AMONIACO		
CARBAGLU	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i>	T2	PA SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD QL (4 syr/28 days)
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T2	
<i>disulfiram</i>	T2	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T2	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
<i>pirfenidone 267 mg tablet (Esbriet)</i>	T2	PA QL (270 TABS/CAPS/FILL) SP HD
<i>pirfenidone 267 mg tablet (Esbriet)</i>	T2	PA SP HD
<i>pirfenidone 801 mg tablet (Esbriet)</i>	T2	PA QL (90 TABS/FILL) SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
HAEGARDA	T4	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)
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T2	PA SP
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T2	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T2	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T4	PA SP

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
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>	T2	PA SP HD
ALÉRGICOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS		
T.R.U.E. TEST	T4	
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T4	
<i>nebusal 3% vial</i>	T2	
NEBUSAL 6% VIAL	T4	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T2	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T4	PA QL(240 MLS/FILL) SP HD
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS		
VERTIGOHEEL	T4	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate (Brisdelle)</i>	T2	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	PA
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T2	PA SP HD
<i>deferasirox (Jadenu Sprinkle)</i>	T2	PA SP HD
<i>deferasirox (Jadenu)</i>	T2	PA SP HD
<i>deferiprone (Ferriprox (3 Times A Day))</i>	T2	PA SP
<i>deferiprone (Ferriprox)</i>	T2	PA SP
FERRIPROX	T4	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T4	PA SP
FERRIPROX (3 TIMES A DAY) (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
FERRIPROX 1,000 MG TABLET (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP
FERRIPROX 500 MG TABLET (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
GALZIN	T4	
RADIOGARDASE	T4	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T4	PA SP HD
<i>trientine hcl (Syprine)</i>	T2	PA SP HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
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 (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	T4	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
SOLVENTES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T4	
<i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>	T2	
<i>eql isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>eql isopropyl rub alcohol 70%</i>	T2	
<i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>hm isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>hm isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
INSTACLEAN	T3	
ISOPROPANOL	T3	
<i>isopropyl 70% alcohol</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>	T2	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%	T4	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 91%	T4	
<i>kro isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
<i>polyethylene glycol</i>	T2	
<i>qc isopropyl alcohol 91%</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
SOLVENTES (cont.)		
<i>qc isopropyl rubbing alcohol</i>	T2	
<i>ra isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>ra isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>sm isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>sm isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>sm isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>swan isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T4	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>betaine (Cystadane)</i>	T2	PA SP HD
CARNITOR (<i>levocarnitine (with sugar)</i>)	T4	
CARNITOR (<i>levocarnitine</i>)	T4	
CARNITOR SF (<i>levocarnitine</i>)	T4	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T2	
<i>levocarnitine (Carnitor Sf)</i>	T2	
<i>levocarnitine (Carnitor)</i>	T2	
<i>levocarnitine (with sugar) (Carnitor)</i>	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL(1 PENS/28 DAYS) SP HD
TERIPARATIDE	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T4	ST QL(4 TABS/28 DAYS) HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(1 TAB/30 DAYS) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 TABS/28 DAYS) HD
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	T2	QL(300 MLS/28 DAYS) HD
<i>alendronate sodium 5 mg tablet</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Productos para la osteoporosis)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA (cont.)		
<i>alendronate sodium 35 mg tab</i>	T1	QL(4 TABS/28 DAYS) HD
<i>alendronate sodium 40 mg tab</i>	T2	HD
<i>alendronate sodium 70 mg tab (Fosamax)</i>	T1	QL(4 TABS/28 DAYS) HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 TABS/28 DAYS) HD
BINOSTO	T4	ST QL(4 TABS/28 DAYS) HD
BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>)	T4	ST QL(1 TAB/30 DAYS) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T4	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 TABS/28 DAYS) HD
<i>ibandronate sodium (Boniva)</i>	T2	QL(1 TAB/30 DAYS) HD
<i>raloxifene hcl (Evista)</i>	T2	HD PPACA
<i>risedronate sodium (Atelvia)</i>	T2	QL(4 TABS/28 DAYS) HD
<i>risedronate sodium 150 mg tab (Actonel)</i>	T2	QL(1 TAB/30 DAYS) HD
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>risedronate sodium 35 mg tab (Actonel)</i>	T2	QL(4 TABS/28 DAYS) HD
<i>risedronate sodium 5 mg tablet</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) 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
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA 100 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SAVELLA 12.5 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SAVELLA 25 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SAVELLA 50 MG TABLET	T3	ST QL(60 TABS/FILL) HD
SAVELLA TITRATION PACK	T3	ST QL(1 PACK/30 DAYS) HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA QL(4 MLS/28 DAYS) SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)

AGENTES NEUROPÁTICOS		
<i>pregabalin (Lyrica Cr)</i>	T2	PA 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

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	T2	
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	T2	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T2	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)</i>	T2	
ZUBSOLV	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl (Uroxatral)</i>	T2	HD
<i>dutasteride (Avodart)</i>	T2	ST HD
<i>finasteride (Proscar)</i>	T2	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T4	ST HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T4	ST HD
<i>silodosin (Rapaflo)</i>	T2	HD
<i>tamsulosin hcl (Flomax)</i>	T1	HD
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl (Jalyn)</i>	T2	ST HD
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
JALYN (<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>)	T4	ST HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA EC	T4	PA SP
<i>tiopronin (Thiola)</i>	T2	PA SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T4	HD
MYRBETRIQ	T3	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	T2	HD
<i>solifenacin succinate (Vesicare)</i>	T2	HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
DITROPAN XL (<i>oxybutynin chloride</i>)	T4	ST HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
<i>fesoterodine fumarate (Toviaz)</i>	T2	HD
<i>flavoxate hcl</i>	T2	HD
GELNIQUE	T3	QL(30 PACKS/FILL) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T2	HD
<i>oxybutynin chloride (Ditropan XI)</i>	T2	HD
OXYTROL	T4	ST QL(8 PATCHES/28 DAYS) HD
<i>tolterodine tartrate (Detrol La)</i>	T2	HD
<i>tolterodine tartrate (Detrol)</i>	T2	HD
TOVIAZ (<i>fesoterodine fumarate</i>)	T4	ST HD
<i>tropium chloride</i>	T2	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol 625 mg/5 ml susp</i>	T2	
<i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i>	T2	
<i>megestrol acet 400 mg/10 ml</i>	T2	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES		
50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T4	
<i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i>	T2	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T4	
ANTIOXIDANT FORMULA	T4	
EQ VISION FORMULA TABLET	T3	
<i>eq eye health plus lutein tab</i>	T2	
EYE HEALTH AND LUTEIN	T4	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	T4	
EYE MULTIVITAMIN	T3	
EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN	T4	
EYEPROTECT	T4	
<i>gnp healthy eyes tablet</i>	T2	
HEALTHY EYES TABLET	T3	
<i>healthy eyes tablet</i>	T2	
I-CAPS	T3	
ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
ICAPS AREDS2	T4	
LIPOTRIAD	T4	
LIPOTRIAD VISIONARY	T4	
MACULAR BENEFITS	T4	
MACULAR HEALTH FORMULA	T4	
MACUVEX	T4	
MACUZIN	T4	
MULTI-BETIC	T3	
OCULAR VITAMINS	T4	
OCUVEL	T4	
OCUVITE ADULT 50 PLUS	T3	
OCUVITE WITH LUTEIN	T3	
PRESERVISION AREDS	T3	
PRESERVISION LUTEIN	T3	
VISION FORMULA TABLET	T4	
VISION FORMULA WITH LUTEIN	T4	
VISTA ADVANCED AREDS2	T4	
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T2	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T2	
BIOFLAVONOIDES		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T2	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T2	
CITRUS BIOFLAVONOIDS	T4	
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T4	
<i>ear health plus caplet (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T2	
FLOGEN	T4	
INNER EAR PLUS	T4	
LIPO-FLAVONOID PLUS (<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>)	T3	
QUERCETIN	T4	
<i>rutin</i>	T2	
VASCULERA	T4	
VASOFLEX D1	T4	
VENALIV	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)		
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
DENOVO	T4	
DEPLIN-ALGAL OIL (<i>levomefolate/algae oil</i>)	T4	
ENLYTE	T4	
FA-8	T4	
<i>folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid 0.8 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid 1 mg tablet</i>	T2	
<i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>	T2	
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
FOLIC ACID 5 MG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 5 mg/ml vial</i>	T2	
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>	T2	
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>	T2	
FOLIKA-V	T4	
FOLITE	T4	
GENICIN VITA-Q	T4	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
HYLAZINC	T4	
<i>levomefolate calcium</i>	T2	
<i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algae Oil)</i>	T2	
METHYLFOLATE	T4	
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
XAQUIL XR	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS		
<i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 GERIÁTRICAS (cont.)		
<i>a thru z select tablet</i> (Vision Plus Lutein)	T2	
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	T3	
<i>eldertonic elixir</i>	T2	
ELDERTONIC LIQUID	T4	
GERITOL COMPLETE	T3	
GERITOL TONIC	T3	
<i>multivit with iron, minerals</i>	T2	
<i>multivit with minerals/lutein</i> (Vision Plus Lutein)	T2	
REQ49+	T4	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T4	
VISION PLUS LUTEIN (<i>multivit with minerals/lutein</i>)	T3	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T2	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T3	
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T4	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Certavite Senior)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Certavite Senior)	T2	
<i>a thru z select women's tablet</i>	T2	
<i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>	T2	
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	T4	
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	T4	
ADULT MULTI GUMMIES	T4	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
ADULT ONE DAILY GUMMIES	T4	
ADULTS' DAILY FORMULA	T4	
ADULTS MULTIVITAMIN	T4	
ADVANCED MULTI EA	T4	
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL	T4	
ALIVE PREMIUM PRENATAL	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ALIVE WOMEN'S ENERGY	T4	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	T4	
<i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>	T2	
AMLADEX	T4	
ANIMI-3	T4	
AQUADEKS	T3	
BACMIN	T4	
BARIATRIC MULTIVITAMINS	T4	
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i>	T2	
<i>b-complex with vitamin c</i>	T2	
<i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>	T2	
<i>b-complex w-vitamin c caplet</i>	T2	
BEROCCA	T4	
<i>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>	T2	
BIO-35	T4	
BLADDER 2.2	T3	
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	T4	
CENTRAL-VITE	T4	
CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T4	
CENTRAM-CARE	T4	
CENTRAVITES ADULTS	T4	
CENTRUM	T3	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	T4	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T3	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T4	
CENTRUM COMPLETE	T3	
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	T4	
CENTRUM MEN	T3	
CENTRUM MULTIGUMMIES	T4	
CENTRUM SILVER MEN	T4	
CENTRUM SILVER TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T3	
CENTRUM SILVER WOMEN (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
CENTRUM SPECIALIST HEART	T3	
CENTRUM ULTRA MEN'S	T3	
CENTURY MEN'S	T4	
<i>certavite senior tablet</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>certavite senior tablet</i> (Certavite Senior)	T2	
CERTAVITE SENIOR TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T4	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Certavite-Antioxidant)	T2	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T4	
<i>certavite-antioxidant tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T2	
COMPLETE MEN	T3	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T4	
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL	T4	
CONCEPT DHA (<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i>)	T4	
CONCEPT OB (<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i>)	T4	
CORVITE	T4	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	T4	
<i>cvs b-complex-vit c caplet</i>	T2	
CVS DAILY MULTIPLE TABLET	T3	
<i>cvs daily multiple tablet</i> (One-A-Day)	T2	
<i>cvs hair, skin and nails cplt</i>	T2	
<i>cvs one daily essential tablet</i> (Daily-Vite)	T2	
DAILY GUMMIES	T4	
DAILY MULTIVITAMIN	T4	
<i>daily-vite tablet</i> (Daily-Vite)	T2	
DAILY-VITE TABLET (<i>multivitamin with folic acid</i>)	T4	
DAYAVITE	T4	
DECUBI VITE	T4	
DEKAS BARIATRIC	T4	
DEKAS ESSENTIAL	T4	
DEKAS PLUS	T4	
DERMACINRX FOLIFLEX	T4	
DERMACINRX FOLITIN-Z	T4	
DERMACINRX MULTITAM	T4	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
DERMACINRX VENEXA	T4	
DERMACINRX VENEXA FE	T4	
DERMACINRX VENTRIXYL	T4	
DERMACINRX VENTRIXYL FE	T4	
DERMACINRX VITRAMYN	T4	
DERMACINRX VITRANOL	T4	
DERMACINRX VITRANOL FE	T4	
DERMACINRX VITREXATE	T4	
DERMACINRX VITREXATE FE	T4	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T4	
DIABETES HEALTH	T4	
DIABETES HEALTH FORMULA	T4	
DIABETIC VITAMIN	T4	
DIALYVITE 800 WITH IRON	T4	
ELON MATRIX 5000 COMPLETE	T4	
ENBRACE HR	T4	
ENDUR-VM IRON-FREE	T4	
ENDUR-VM WITH IRON	T4	
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	T4	
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET	T3	
<i>eq1 one daily men's tablet</i>	T2	
ESSENTIAL MAN	T4	
ESSENTIAL MAN 50+	T4	
ESSENTIAL WOMAN 50+	T4	
ESTROVEN MENOPAUSE	T4	
<i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>	T2	
FATIGUE RELIEF COMPLEX (<i>bcomp,c/st,jhn wrt/s.ginsg/pgn</i>)	T4	
FOLAGENT DHA	T4	
FOLAMAX	T4	
FOLAMED DHA	T4	
<i>folic acid/multivit,iron,miner</i>	T2	
<i>folic acid/mv,iron,min/lutein</i>	T2	
FOLIC ACID-VIT B-6-VIT B-12	T4	
<i>folic/mvi ther-min/lycop/lut</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
FOLIKA-CI	T4	
FOLIKA-MG	T4	
FORTAVIT	T4	
FREEDAVITE	T4	
GENADEK STEP 1	T4	
GENADEK STEP 2	T4	
GERBER GS PRENATAL NOURISH PLS	T4	
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	T4	
<i>gnp one daily tablet</i>	T2	
HAIR FORMULA	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPSULE	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET (<i>multivitamin/folic acid/biotin</i>)	T4	
HEARTBURN ACID REFLUX	T4	
<i>high potency multivitamin tab</i>	T2	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	T4	
<i>high potency multivitamin tab (Certavite-Antioxidant)</i>	T2	
<i>high potency multivitamin tab (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T2	
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T4	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	T3	
ICAPS MV	T3	
ICAPS TABLET	T3	
IMMUNERX	T4	
INFUVITE ADULT	T4	
K-PAX IMMUNE SUPPORT	T3	
<i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>	T2	
<i>lmeolate/b3/copp/zn/sel/chrom</i>	T2	
MAXIMIN	T4	
MEBOLIC	T4	
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY	T4	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T4	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
MEN'S DAILY FORMULA	T4	
MEN'S DAILY GUMMIES	T4	
MEN'S DAILY PACK	T4	
MEN'S MULTIVITAMIN	T4	
MONOCAPS	T4	
MULTI FOR HER 50 PLUS	T4	
MULTI FOR HER SOFTGEL	T4	
<i>multi for her tablet</i>	T2	
MULTI PRO	T4	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	T4	
MULTILEX TABLET	T4	
<i>multilex tablet</i>	T2	
MULTILEX T-M	T4	
<i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>	T2	
<i>multivit infusn,adult 1,vit k</i>	T2	
<i>multivit no.51/iron/folic acid</i>	T2	
<i>multivit with calcium,iron,min</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>	T2	
<i>multivit,iron,minerals/lutein</i>	T2	
<i>multivit,stress formula/zinc (Stress Formula With Zinc)</i>	T2	
<i>multivit,tx with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit/iron/folic acid/hb179</i>	T2	
<i>multivitamin</i>	T2	
MULTI-VITAMIN	T4	
<i>multivitamin combination no.55</i>	T2	
<i>multivitamin combination no.56</i>	T2	
MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
MULTIVITAMIN LIQUID	T4	
<i>multivitamin no.43/iron/fa</i>	T2	
<i>multivitamin tablet</i>	T2	
<i>multivitamin with folic acid (Daily-Vite)</i>	T2	
<i>multivitamin with iron</i>	T2	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>multivitamin with minerals</i>	T2	
<i>multivitamin, stress formula</i>	T2	
<i>multivitamin, ther and minerals</i>	T2	
<i>multivitamin, therapeutic</i>	T2	
<i>multivitamin, therapeutic (Oncovite)</i>	T2	
<i>multivitamin/ferrous gluconate</i>	T2	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Certavite-Antioxidant)</i>	T2	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T2	
MULTI-VITE	T4	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Certavite Senior)</i>	T2	
<i>multivit-min/ferrous gluconate</i>	T2	
<i>multivit-min/ferrous sulfate</i>	T2	
<i>multivit-min/folic acid/biotin</i>	T2	
<i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>	T2	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein (Central-Vite Women'S Mature)</i>	T2	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein (Centrum Silver Women)</i>	T2	
<i>multivit-min69/iron/folic acid</i>	T2	
<i>multivit-minerals/fa/lycopene</i>	T2	
<i>multivit-minerals/folic acid (One-A-Day)</i>	T2	
<i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>	T2	
<i>multivit-mins no.7/folic acid</i>	T2	
<i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>	T2	
<i>mv, min 59/iron/folic/docusate</i>	T2	
<i>mv,ca,min/fa/k1/lycopene/lutn</i>	T2	
<i>mv,cal,min/iron/folic acid/lut</i>	T2	
<i>mv,iron,min/ginkgo/pan.ginseng</i>	T2	
<i>m-vit,tx,iron,mins/calc/folic</i>	T2	
<i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>	T2	
<i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>	T2	
<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>	T2	
<i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb178</i>	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i> (Concept Ob)	T2	
<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i> (Concept Dha)	T2	
NEEVODHA	T4	
NEOVITE	T4	
NESTABS ONE	T4	
NICOMIDE	T4	
NIVA-PLUS (<i>multivit-mins60/iron fum/folic</i>)	T4	
NUTRIVIT	T3	
OB COMPLETE	T4	
OBSTETRIX ONE	T4	
O-CAL FA	T4	
OCUVITE EYE PLUS MULTI	T4	
<i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>	T2	
OMNIVEX	T4	
ONCOVITE (<i>multivitamin,therapeutic</i>)	T3	
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	T4	
<i>one daily essential tablet</i>	T2	
<i>one daily essential tablet</i> (Daily-Vite)	T2	
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT	T4	
ONE DAILY MEN'S	T3	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	T4	
ONE DAILY MENS 50 PLUS ADV	T4	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	T4	
ONE DAILY MEN'S HEALTH	T4	
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	T4	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	T4	
<i>one daily multivitamin tablet</i> (Daily-Vite)	T2	
<i>one daily tablet</i>	T2	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB	T4	
ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV	T4	
ONE DAILY WOMEN'S 50+	T3	
ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	T4	
<i>one daily women's health tab</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
ONE-A-DAY (multivit-minerals/folic acid)	T4	
ONE-A-DAY ENERGY	T4	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	T4	
ONE-A-DAY MEN'S	T3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	T3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS (mv-mins/folic/lycopene/ginkgo)	T3	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE	T4	
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	T4	
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	T3	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T4	
ONE-DAILY MULTI	T4	
ONE-DAILY MULTI-VIT POWDER PKT	T4	
<i>one-daily multi-vitamin tab</i>	T2	
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON	T4	
ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL	T4	
ONEVITE	T4	
OPTIFAST	T4	
OPTISOURCE	T4	
OPURITY MULTIVITAMIN	T4	
POLY VITAMIN-IRON	T4	
PRENATE AM	T4	
PRENATE CHEWABLE	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
PRENATE ESSENTIAL	T4	
PROCERV HP	T4	
PROFOLA	T4	
PRORENAL QD	T3	
PROTECT CARDIO AF	T4	
PROTECT IRON	T4	
PROTECT PLUS SO	T4	
PUREFE OB PLUS	T4	
PUREFE PLUS	T4	
QUINTABS	T4	
QUINTABS-M	T4	
RA MEN'S ONE DAILY TABLET	T3	
<i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>	T2	
<i>ra one daily women's tablet</i>	T2	
REMEDIENT	T4	
<i>sm b complex with vit c tablet</i>	T2	
<i>sm super b complex-c caplet</i>	T2	
SOLO	T4	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T4	
STRESS B-COMPLEX	T4	
<i>stress formula tablet</i>	T2	
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB (<i>multivit, stress formula/zinc</i>)	T4	
<i>stress formula with zinc tab (Stress Formula With Zinc)</i>	T2	
<i>stress-c with zinc tablet (Stress Formula With Zinc)</i>	T2	
STROVITE FORTE (<i>multivit, iron, min 5/folic acid</i>)	T4	
STROVITE ONE	T4	
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN	T4	
SUPER MULTIPLE-LOW IRON	T4	
SUPPORT-500 (<i>b-complex with vitamin c</i>)	T4	
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T4	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	T4	
<i>tab-a-vite multivit with iron</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T4	
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	T4	
THERAMILL FORTE	T4	
THERANATAL LACTATION SUPPORT	T4	
THEREMS-H	T3	
TOBAKIENT	T4	
TRUEPLUS MULTIVITAMIN (<i>multivit-min/folic acid/vit k1</i>)	T4	
UDAMIN SP	T4	
ULTRA FREEDA	T4	
VITABEX PLUS	T4	
<i>vitamin b complex-vit c cap</i> (Support-500)	T2	
<i>vitamin b complex-vit c caplet</i>	T2	
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>	T2	
VITAMIN D3-ALOE	T4	
<i>vitamins a and d</i>	T2	
VITAMINS A-D-E	T4	
VITREXYL	T4	
VITREXYL PLUS IRON	T4	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T3	
WELLESSE MULTI VITAMIN PLUS	T4	
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE	T4	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED	T4	
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T4	
<i>women's daily formula caplet</i>	T2	
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	T3	
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	T4	
WOMENS DAILY GUMMIES	T4	
WOMEN'S DAILY PACK	T4	
WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN	T4	
XYZBAC	T4	
ZYVANA	T4	
ZYVIT	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 NIACINA		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>cvs niacin flush free 500 mg</i>	T2	
ENDUR-AMIDE	T4	
ENDUR-THINE	T4	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T2	
<i>niacin</i>	T2	
<i>niacin (inositol niacinate)</i>	T2	
<i>niacin (Slo-Niacin)</i>	T2	
<i>niacin 100 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 250 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 50 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 500 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin 500 mg capsule sa</i>	T2	
NIACIN 500 MG SOFTGEL	T3	
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 750 mg tablet sa (Slo-Niacin)</i>	T2	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	T3	
<i>niacin er 250 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin er 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T2	
<i>niacin er 500 mg caplet</i>	T2	
<i>niacin er 500 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin flush free 500 mg cap</i>	T2	
NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP	T3	
<i>niacin sa 250 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin tr 250 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T2	
<i>niacin tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>niacin tr 500 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin tr 500 mg tablet</i>	T2	
<i>niacinamide 500 mg tablet</i>	T2	
NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 NIACINA (cont.)		
NO FLUSH NIACIN	T4	
<i>ra niacin 100 mg tablet</i>	T2	
RA NIACIN 500 MG TABLET	T4	
<i>ra niacin 500 mg tablet</i>	T2	
SLO-NIACIN 250 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T3	
<i>slo-niacin 500 mg tablet</i>	T2	
SLO-NIACIN 750 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T3	
<i>sv niacin flush free 500 mg</i>	T2	
PREPARACIONES DE PANTENOL		
CALCIUM PANTOTHENATE	T4	
PANTETHINE	T4	
<i>pantothenic acid (vit b5)</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ABDEK MULTIVITAMIN	T4	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T4	
AQUADEKS	T3	
BABY IRON-MULTIVITAMIN	T4	
CENTRUM KIDS	T4	
CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE	T4	
CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN	T4	
CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	T4	
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	T4	
CHILDREN MULTIVITAMIN	T4	
<i>children multivitamin chew tab</i>	T2	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES (<i>pediatric multivitamin no.120</i>)	T4	
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON (<i>pedi multivit no.91/iron fum</i>)	T4	
<i>childrens chew vitamin tab (Flintstones With Extra C)</i>	T2	
<i>childrens chew vitamin tab (Flintstones)</i>	T2	
CHILDREN'S CHEWABLE	T4	
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	T4	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	T4	
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB	T4	
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	T4	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN	T4	
CVS CHILD GUMMY DINOS GUMMIES	T4	
<i>cvs gummy dinos vitamin</i>	T4	
DEKAS PLUS	T2	
EMERGEN-C KIDZ	T4	
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
FLINTSTONES COMPLETE CHEW TAB	T4	
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T4	
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	T3	
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW (<i>multivitamin</i>)	T4	
FLINTSTONES GUMMIES	T3	
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB (<i>pedi multivit no.25/folic acid</i>)	T4	
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	T4	
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	T3	
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES TAB CHEW	T4	
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE (multivitamin)	T3	
FLORIVA	T3	
FLORIVA PLUS	T4	
GENADEK	T4	
GERBER GROW MIGHTY	T4	
GERBER LIL BRAINIES	T4	
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	T4	
GUMMY	T4	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	T4	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	T4	
<i>infant-toddler multivit-iron</i>	T2	
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	T4	
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	T4	
KIDS COD LIVER OIL +D	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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.)		
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS	T3	
LITTLE ANIMALS PLUS IRON	T4	
M.V.I. PEDIATRIC	T3	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals (Flintstones Complete)</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals (Scooby-Doo)</i>	T2	
<i>multivitamin (Flintstones With Extra C)</i>	T2	
<i>multivitamin (Flintstones)</i>	T2	
<i>multivitamin with iron</i>	T2	
MULTI-VIT-FLOR	T4	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW	T4	
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>	T2	PPACA
MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC	T4	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	T4	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	T4	
MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT	T4	
NANO VM 1-3	T3	
NANO VM 4-8	T3	
NANOVM 9-18	T4	
NANOVM T-F	T4	
NOVAFERRUM PEDIATRIC MV-IRON	T4	
NOVAMV	T4	
ONE-A-DAY KID'S	T4	
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	T4	
<i>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>	T2	
<i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>	T2	
<i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit no.159/iron sulf</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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>pedi multivit no.23/folic acid</i>	T2	
<i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>	T2	
PEDIA POLY-VITE	T4	
<i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>	T2	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	T4	
PEDIA TRI-VITE	T4	
<i>pediatric multivit no.36/iron</i>	T2	
<i>pediatric multivitamin no.17</i>	T2	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	T4	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON	T4	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON	T4	
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	T4	
PEDIATRIC TRI-VITE	T4	
POLY-VI-FLOR	T4	
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T4	
<i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syringe</i>	T2	
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	T4	
POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP	T4	
POLY-VI-SOL WITH IRON	T4	
POLY-VITA	T4	
POLY-VITA WITH IRON	T4	
QUFLORA	T4	
QUFLORA FE	T4	
SCOOBY-DOO ONE A DAY GUMMIES	T4	
SCOOBY-DOO ONE A DAY TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T3	
TRI-VI-FLOR	T4	
TRI-VI-SOL	T4	
TROPICAL LIQUID NUTRITION (<i>pediatric multivitamin no.118</i>)	T4	
<i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>	T2	
ZOO FRIENDS	T4	
ZOO FRIENDS COMPLETE	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D		
cod liver oil softgel	T2	
gnp norwegian cod liver oil	T2	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA A (cont.)		
A-25	T4	
AQUASOL A	T3	
<i>beta-carotene</i>	T2	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T2	
<i>gnp vitamin a 10,000 unit sfgl</i>	T2	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL	T4	
PREVENT	T3	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T2	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T4	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin a 10,000 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>	T2	
<i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin a 8,000 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN A PALMITATE	T4	
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T2	
VITAMINS A D	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
5-MTHF PLUS B12	T4	HD
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>	T2	HD
ALBA-LYBE	T3	HD
APETEX (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD
APETIGEN (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD
ARKALIOX	T4	HD
B ACTIV	T4	HD
<i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>	T2	HD
<i>b comp/ferrous gluc/lysin/znox</i>	T2	HD
<i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>	T2	HD
<i>b complex c no.10/folic acid</i>	T2	HD
<i>b complex capsule</i>	T2	HD
<i>b complex tablet</i>	T2	HD
<i>b complex w-c no.20/folic acid (Nirt-Caps)</i>	T2	HD
B COMPLEX WITH B-12	T4	HD
B COMPLEX WITH VITAMIN C	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
B COMPLEX-FOLIC ACID (cyanocobalamin/folic ac/vit b6)	T4	HD
<i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>	T2	HD
B-50 COMPLEX	T4	HD
<i>balanced b-100 complex tab sa</i>	T2	HD
<i>b-complex 100 injection</i>	T2	HD
<i>b-complex injection vial</i>	T2	HD
<i>b-complex plus vitamin c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i>	T2	HD PPACA
B-COMPLEX WITH B-12	T4	HD
<i>b-complex with b12 tablet</i>	T2	HD
<i>b-complex with vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex with vit c tablet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	T3	HD
BIOTIN 1,000 MCG GUMMIES	T4	HD
<i>biotin 1,000 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN 10 MG TABLET	T3	HD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>biotin 2,500 mcg softgel (Hard Nails)</i>	T2	HD
<i>biotin 300 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN 5 MG TABLET	T4	HD
<i>biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
BIOTIN 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	HD
BIOTIN 5,000 MCG QUICK DISSOLV	T4	HD
<i>biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>	T2	HD
BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>biotin 800 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN FORTE 3 MG TABLET	T4	HD
BIOTIN FORTE 5 MG TABLET	T3	HD
BREWER'S YEAST	T4	HD
B-STRESS	T4	HD
CARDIOTEK-RX	T4	HD
CEREFOLIN (<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i>)	T4	HD
CEREFOLIN NAC	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B (cont.)		
COMPLEX B-100 ER CAPLET	T4	HD
<i>complex b-100 tablet sa</i>	T2	HD
COMPLEX B-50	T4	HD
CVS BALANCED B-100 TR CAPLET	T4	HD
<i>cvs biotin 1,000 mcg tablet</i>	T2	HD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T2	HD
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T2	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6 (Niva-Fol)</i>	T2	HD
CYTO B7	T4	HD
DIALYVITE 3000	T4	HD
DIALYVITE 5000	T4	HD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	T4	HD
DIALYVITE 800 PLUS D	T4	HD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	T2	HD PPACA
DIALYVITE 800 WITH ZINC	T4	HD
DIALYVITE 800-ULTRA D	T3	HD
DIALYVITE SUPREME D	T4	HD
ELFOLATE PLUS	T4	HD
ENDUR-B COMPLEX	T4	HD
<i>eq1 b complex 50 tablet</i>	T2	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Hylavite)</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit bcomp,c/cu/zinc</i>	T2	HD
FOLIKA-NC	T4	HD
FOLIKA-T	T4	HD
FOLINIC-PLUS	T4	HD
FOLTX	T4	HD
GENICIN VITA-S	T4	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B (cont.)		
HAIR-SKIN-NAILS	T4	HD
HARD NAILS (<i>biotin</i>)	T4	HD
HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T2	HD
HOMOCYSTEINE FORMULA	T4	HD
HYLAVITE (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T4	HD
<i>levomefolate/b6/b12/algae oil</i>	T2	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T4	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T4	HD
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algae oil</i>	T2	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T4	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T4	HD
LORID	T4	HD
LORMATE	T4	HD
<i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>	T2	HD
MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER	T4	HD
MEGA BIOTIN	T4	HD
MERIBIN (<i>biotin</i>)	T3	HD
METANX	T4	HD
METHAVER	T4	HD
METHYL PROTECT	T4	HD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	T4	HD
NEPHRON FA	T4	HD
NEPHRO-VITE	T3	HD
NIVA-FOL (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T4	HD
NUFOLA	T4	HD
PODIAPN	T4	HD
POTABA	T4	HD
PRORENAL	T3	HD
QUIN B STRONG	T4	HD
<i>ra balanced b-100 tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>	T2	HD
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule</i> (Hard Nails)	T2	HD
RENAL VITAMIN	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B (cont.)		
RENAL-VITE	T4	HD
RENAPLEX	T4	HD
RENAPLEX-D	T4	HD
RIBOZEL	T4	HD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
SM BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>sm stress formula+zinc tablet</i>	T2	HD
<i>super b complex-vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablets</i>	T2	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>	T2	HD
TRONVITE	T4	HD
ULTRA B-100 COMPLEX TABLET	T4	HD
<i>ultra b-100 complex tablet</i>	T2	HD
VB7 MAX	T4	HD
<i>VIRT-CAPS (b complex w-c no.20/folic acid)</i>	T4	HD
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T2	HD
<i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>	T2	HD
<i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b complex 100 combo no.2</i>	T2	HD
<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2 (Cerefolin)</i>	T2	HD
VITA-BEE WITH C (folic acid/vit b complex and c)	T4	HD
VITAL-D RX	T4	HD
<i>vitamin b complex</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>vitamin b complex tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex/folic acid</i>	T2	HD PPACA
<i>vitamin b complex/lysine (Apetex)</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex/lysine (Apetigen)</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B (cont.)		
<i>vitamin b-complex c caplet</i>	T2	HD PPACA
VITA-RESPA	T4	HD
VITASURE	T4	HD
WEST-VITE WITH FOLIC ACID	T4	HD
XVITE	T4	HD
ZELDANA	T4	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
CYTO B-1	T4	
<i>thiamine 100 mg tablet</i>	T2	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>thiamine 250 mg tablet</i>	T2	
THIAMINE 500 MG TABLET	T4	
<i>thiamine hcl</i>	T2	
<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
ABANEU-SL	T4	
APATATE	T3	
B-12 1,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	
B-12 1,000 MCG LOZENGE	T4	
B-12 1,000 MCG QUICK DISSOLVE	T4	
<i>b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
B-12 1,000 MCG/15 ML LIQUID	T3	
<i>b-12 1,000 mcg/15 ml liquid</i>	T2	
<i>b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T2	
<i>b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
<i>b-12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
B-12 3,000 MCG TABLET SL	T4	
<i>b-12 3,000 mcg/ml subling liq</i>	T2	
B-12 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	
B12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T4	
B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	
B-12 5,000 MCG ODT	T4	
B-12 5,000 MCG QUICK DISSOLVE	T4	
B-12 5,000 MCG SUBLINGUAL TAB	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B12 (cont.)		
B-12 5,000 MCG/ML SUBLING LIQ	T4	
B-12 500 MCG QUICK DISSOLVE TB	T4	
<i>b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
B12 ACTIVE	T4	
B-12 DUAL SPECTRUM	T4	
<i>b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
B-12 WITH FOLIC ACID	T4	
<i>cvs b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T4	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T3	
CVS VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>cvs vit b-12 500 mcg lozenge</i>	T2	
<i>cvs vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>cvs vit b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T2	
CVS VITAMIN B-12 500 MCG GUMMY	T4	
<i>cvs vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T2	
ELIGEN B12	T4	
<i>eql vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>eql vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>fn vitamin b-12 1,000 mcg tab</i>	T2	
FOLTRATE	T4	
<i>gnp b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
<i>gnp vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>gnp vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>hm vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>hm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>hydroxocobalamin</i>	T2	
INTRINSI B12-FOLATE	T4	
METHYL B-12	T4	
METHYLCOBALAMIN	T4	
METHYLCOBALAMIN 5,000 MCG TAB	T4	
MTX SUPPORT	T4	
NASCOBAL	T3	ST QL(4 UNITS/FILL)

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B12 (cont.)		
NEURIN-SL	T4	
OPURITY	T4	
<i>ra vit b12 1,000 mcg tab sa</i>	T2	
RA VIT B-12 1,000 MCG/ML LIQ	T4	
<i>ra vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin b12 er 2,000 mcg tb</i>	T2	
RAPID B-12 ENERGY	T4	
<i>sm vitamin b12 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>sm vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>sv b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T2	
SV B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	
SV VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>sv vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>sv vitamin b12 tr 1,000 mcg tb</i>	T2	
VIT B-12 500 MCG SUBLING TAB	T4	
VITAMIN B12	T4	
VITAMIN B-12 1,000 MCG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tab sl</i>	T2	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 2,000 mcg tab sa</i>	T2	
VITAMIN B-12 2,000 MCG TABLET	T4	
<i>vitamin b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T2	
VITAMIN B-12 250 MCG LOZENGE	T4	
<i>vitamin b-12 250 mcg tablet</i>	T2	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SL LOZ	T4	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMIN B-12 3,000 MCG TAB SL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG ODT	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T3	
<i>vitamin b-12 5,000 mcg tab sl</i>	T2	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA B12 (cont.)		
VITAMIN B-12 5,000 MCG TABLET	T4	
VITAMIN B-12 50 MCG LOZENGE	T4	
<i>vitamin b12 50 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 50 mcg tablet</i>	T2	
VITAMIN B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T2	
VITAMIN B12-FOLIC ACID	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B2		
CYTO B-2	T4	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T2	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T2	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T4	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
B-NATAL	T4	
CHROMIUM PICOLINATE KLB6	T4	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>	T2	
<i>pyridoxine 25 mg tablet</i>	T2	
<i>pyridoxine 250 mg tablet</i>	T2	
PYRIDOXINE 50 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T3	
<i>pyridoxine 50 mg tablet (Pyridoxine Hcl)</i>	T2	
PYRIDOXINE 500 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T4	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T2	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)</i>	T2	
VB6 P5P	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T4	
<i>ascorbate calcium</i>	T2	
<i>ascorbic acid</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg tablet</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg/ml vial</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
ASCORBIC ACID GRANULES	T3	
<i>ascorbic acid/ascorbate sodium</i>	T2	
BIO C 1:1	T4	
<i>c-1,000 mg tablet sa</i>	T2	
<i>cod liver oil tab chewable</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg chew</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T2	
CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER	T4	
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
CYTO C	T4	
EMERGEN-C	T4	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T4	
EMERGEN-C MSM LITE	T4	
<i>eql vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>eql vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
ESSENCE C	T4	
ESTER-C 1,000 MG TABLET	T4	
ESTER-C 500 MG TABLET	T3	
FRUIT C-100 TABLET CHEWABLE	T4	
<i>fruit c-100 tablet chewable</i>	T2	
FRUIT C-200	T4	
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c er 500 mg tablet</i>	T2	
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt</i>	T2	
<i>hm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
LIQUID C	T4	
PAN-C 500	T4	
PERIDIN-C	T3	
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tab sa</i>	T2	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg chew tab</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
RA VITAMIN C 53 MG DROP	T4	
<i>ra vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg chew tab</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c with rose hips</i>	T2	
SPAN C	T4	
<i>sv vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>sv vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>sv vitamin c tr 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>vit c-rose hip 1,000 mg caplet</i>	T2	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt</i>	T2	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab</i>	T2	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CHEW TB	T4	
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 1,000 mg</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg cplt</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg tab</i>	T2	
VITAJAY DAILY C	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA C (cont.)		
<i>vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 1,500 mg tablet sa</i>	T2	
<i>vitamin c 100 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 125 MG GUMMIES	T4	
<i>vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T4	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T4	
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T4	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T4	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>vitamin c drops</i>	T2	
<i>vitamin c er 500 mg capsule</i>	T2	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T4	
VITAMIN C POWDER	T4	
<i>vitamin c powder</i>	T2	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T2	
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T4	
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 250 mg tab chew</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
XCELLENT C	T4	
ZINC PLUS	T4	
ZINC-VITAMIN C	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA D		
AQUA-D CONCENTRATE	T4	HD
BABY DDROPS	T4	HD
BABY VITAMIN D3	T4	HD
BABY'S SUPER DAILY D3	T4	HD
BIO-D-MULSION	T4	HD
BIO-D-MULSION FORTE	T4	HD
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T2	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T2	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T2	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T2	HD
CHOLECAL DF	T4	HD
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	T2	HD
CIFRAZOL	T4	HD
<i>cod liver oil</i>	T2	HD
<i>cod liver oil capsule</i>	T2	HD
<i>cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies</i>	T2	HD
<i>cvs vit d3 250 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 1,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 5,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
CYFOLEX	T4	HD
D3 LIQUID	T4	HD
D3 PLUS K2 DOTS	T4	HD
D3-50	T3	HD
DDROPS	T4	HD
<i>decara 10,000 unit softgel</i>	T2	HD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	T3	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	T2	HD
DECARA K	T4	HD
DERMACINRX DOTREMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLDITAM	T4	HD
DERMACINRX FOLIXAPURE	T4	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T4	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T4	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T4	HD
DOSOKAP	T4	HD
DOSOQUIN	T4	HD
DRISDOL (<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>)	T4	HD
DURACHOL	T4	HD
<i>eql vitamin d3 1,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>eql vitamin d3 5,000 unit sfgl</i>	T2	HD
ERGOCAL	T4	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T2	HD
FOLIC D3	T4	HD
FOLIKA-D	T4	HD
FOLIXAPURE	T4	HD
FOLVITE-D	T4	HD
GENICIN VITA-D	T4	HD
<i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL	T4	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
IS-D-10,000	T4	HD
K2 PLUS D3	T4	HD
K2-D3 10,000	T4	HD
K2-D3 5000	T4	HD
MAXIMUM D3	T3	HD
NOXIFOL-D3	T4	HD
OPTIMAL D3 M	T4	HD
ORTHO DF	T4	HD
OSTACHOL	T4	HD
<i>qc cod liver oil</i>	T2	HD
<i>ra cod liver oil</i>	T2	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
REPLESTA NX	T3	HD
REVESTA	T4	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T4	ST HD
ROXIFOL-D	T4	HD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
SUPER DAILY D3	T4	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T2	HD
THERA-D 4000 TABLET	T4	HD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	T2	HD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	T4	HD
<i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) (Drisdol)</i>	T2	HD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d2 400 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	T4	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	T4	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	T4	HD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE	T4	HD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	T4	HD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	T4	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	T4	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T4	HD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	T4	HD
<i>vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	T4	HD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3/folic acid</i>	T2	HD
<i>v-r cod liver oil capsule</i>	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
AQUA-E	T3	
AQUA-E CONCENTRATE	T4	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>cvs vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>eql vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T2	
<i>eql vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado
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 VITAMINA E (cont.)		
<i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
MIXED TOCOTRIENOLS	T4	
<i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
<i>sm vitamin e 1,000 unit sftgel</i>	T2	
<i>sm vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>sm vitamin e 400 unit capsule</i>	T2	
<i>sm vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
SOLUVITA-E	T4	
<i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>	T2	
<i>vitamin e 1,000 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T4	
VITAMIN E 15 UNIT/0.3 ML DROP	T4	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T2	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T2	
<i>vitamin e 200 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 400 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 45 mg softgel</i>	T2	
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 450 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 600 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 90 mg capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)		
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	T3	
VITAMIN E OIL	T4	
VITAMIN E OIL DROPS	T3	
VITAMIN E OIL DROPS	T4	
VITAMIN E-OIL	T3	
WHEAT GERM OIL	T3	
XCELLENT E	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
AQUA-K CONCENTRATE	T4	
K1-1000	T4	
K2 LIQUID	T4	
K2-45	T4	
MEPHYTON (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	T4	QL(10 TABS/FILL)
phytonadione (<i>vit k1</i>)	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T3	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL	T3	
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul</i>	T2	
<i>phytonadione 10 mg/ml vial</i>	T2	
<i>phytonadione 5 mg tablet (Mephyton)</i>	T2	QL(10 TABS/FILL)
VITAMIN K	T3	
VITAMIN K-1	T3	
VITAMIN K2	T4	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T4	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T4	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab (Certavite Senior)</i>	T2	
<i>a thru z select tablet (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>a thru z select tablet (Certavite Senior)</i>	T2	
ACTIVNUTRIENTS	T4	
ALIVE MAX POTENCY	T4	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY	T4	
CENTRUM SILVER MEN	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
CENTRUM SILVER TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T3	
<i>certavite senior tablet</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>certavite senior tablet</i> (Certavite Senior)	T2	
CERTAVITE SENIOR TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T4	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T4	
ESSENTIAL MAN	T4	
ESSENTIAL MAN 50+	T4	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> (Certavite Senior)	T2	
<i>multivit-min/iron/folic acid</i>	T2	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T4	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
FLINTSTONES WITH IRON	T4	
PEDIATRIC POLY-VITE	T4	
POLY-VI-FLOR	T4	
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T4	

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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

Symbols

1.5 VOLT BATTERIES	154
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	149
2-IN-1 LANCET DEVICE	149
2TEK	132
5-MTHF	213
50 PLUS ADULT EYE	194

A

A-25	213
abacavir	66, 67
abacavir/lamivudine/zidovudine	66
abacavir sulfate/lamivudine	66
ABANEU-SL	218
ABATRON	112
ABC COMPLETE	197
ABDEK	209
ABILIFY	169
abiraterone	56
ABRYSVO	76
ABSORICA	173
ABSTRAL	22
ACAM2000	76
acamprosate	188
acarbose	49
ACCOLATE	32
ACCRUFER	112
ACCU-CHEK	132, 149, 154
ACCUPRIL	83
ACCURETIC	82
ACCUTREND	132
ACD-A	43
ACD SOLUTION A	43
ACE	82, 83, 84
ACE AEROSOL	155
acebutolol	85
acetaminophen/caff/dihydrocod	22
acetaminophen with codeine	21
acetazolamide	100
acetic acid	53, 102, 172
acetic acid/oxyquinoline	53
acetylcysteine	32
acetylcyst/methylb12/levomefol	213
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein	194
a/c/e/zinc/sod selenate/copper	197
acitretin	172
ACTEMRA	130
ACTHIB	76
ACTICLATE	39
acti-lance	149

acti-lance lite	149
acti-lance univers	149
ACTI-LANCE UNIVERS	149
ACTIMMUNE	62
ACTIQ	22
ACTIVE FE	112
ACTIVELLA	125
ACTIVNUTRIENTS	231
ACTONEL	191
ACTOPLUS MET	50
ACTOS	51
ACULAR	103
acyclovir	69, 70, 71
ACZONE	173
ADACEL TDAP	76
ADALIMUMAB	54
adapalene	173, 182
ADAPALENE	182
adapalene/benzoyl peroxide	173
ADBRY	192
ADDYI	167
adefovir	70
ADEK GUMMIES	197
ADEMPAS	81
ADHANSIA	166
ADIPEX-P	63
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	132
ADLARITY	71
ADLYXIN	48
ADRENALIN CHLORIDE	102
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	194
ADULT MULTI	197
ADULT ONE DAILY	197
ADULTS' DAILY FORMULA	197
ADULTS MULTIVITAMIN	197
ADVAIR DISKUS	31
ADVAIR HFA	31
ADVANCED LANCING DEVICE	132
ADVANCED MULTI EA	197
ADVANCED TRAVEL LANCETS	149
ADVOCATE	132, 149, 174
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	132
ADVOCATE LANCET	149
ADVOCATE LANCETS	149
ADVOCATE LANCING DEVICE	132
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	132
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	132
ADZENYS	72

Índice de medicamentos

AEMCOLO	39	ALTABAX	177
AEROCHAMBER	155	ALTACE	83
AEROTRACH	155	ALTAFLUOR BENOX	104
AEROVENT	155	ALTERNATE SITE LANCETS	149
AFLURIA QUAD	74, 75	ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	132
AGAMATRIX CONTROL	132	ALTRENO	182
AGRYLIN	66	ALUNBRIG	58
AIMOVIG	15	ALVESCO	31
AIMOVIG AUTOINJECTOR	19	alvimopan	123
AIRDUO DIGIHALER	31	amantadine	64
AJOVY	15, 19	AMARYL	50
AJOVY AUTOINJECTOR	19	ambrisentan	81
AKLIEF	177	amcinonide	177
AKTEN	104	AMELUZ	62
AKTIPAK	41	AMERGE	19
ALA-SCALP	177	AMICAR	77
ALBA-LYBE	213	amiloride	101
albendazole	53	amino acids/mv,tx,iron,mineral	198
ALBENZA	53	aminocaproic	77
albuterol	30	amiodarone	78
ALCAINE	104	amitriptyline	165
alclometasone	177	amitriptyline/chlordiazepoxide	165
ALCOH-GLOVE	154	AMLADEX	198
alcohol	174, 175, 190, 191	amlodipine	78, 82, 83, 86
ALCOHOL	174, 175, 190, 191	amoxapine	165
ALCOH-WIPE	154	amoxicillin	39, 52
ALDACTAZIDE	101	amphetamine	72
ALDACTONE	101	ampicillin	39
ALECENSA	58	AMVISC	107
alendronate	191, 192	AMZEEQ	41
alfuzosin	193	ANAFRANIL	165
ALINIA	63	anagrelide	66
aliskiren hemifumarate	85	ANA-LEX	124
ALIVE	197, 198, 231	ANALPRAM	124, 181
ALIVE DAILY	197	ANAPROX DS	27
ALIVE PREMIUM	197	anastrozole	57
ALIVE WOMEN'S	197, 198, 231	ANCOBON	45
ALKALINE BATTERIES	132	ANDRODERM	124
ALKERAN	55	ANDROID	124
ALLERGIST TRAY	141	ANGELIQ	126
ALLERGY SYRINGE	141, 145, 146	ANIMAL SHAPES COMPLETE	209
allopurinol	27	ANIMI-3	198
ALLZITAL	19	ANNOVERA	94
almotriptan	19	ANORO ELLIPTA	30
almotriptan malate	15	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	43
alosetron	122	ANTIOXIDANT FORMULA	194
ALPHAGAN P	104	APATATE	218
alprazolam	162	APETEX	213

Índice de medicamentos

APETIGEN	112, 213	ASSURE DOSE	132
APETIGEN-PLUS	112	ASSURE HAEMOLANCE PLUS	149
APLENZIN	163	ASSURE LANCE	149
apomorphine	64	ASSURE PRISM	132
APO-VARENICLINE	183	ASTAGRAF	131
apraclonidine	105	ASTRINGYN	77
aprepitant	118, 119	atazanavir	68
APRETUDE	68	ATELVIA	192
APRISO	121	atenolol	85
APTENSIO	166	AT HOME A1C	132
APTIOM	91	a thru z	196, 197, 231
APTIVUS	66	A THRU Z MEN'S ULTIMATE	197
AQUA-D	225	A THRU Z SELECT	197, 231
AQUADEKS	198, 209	ATIVAN	162
AQUA-E	229	atomoxetine	167
AQUA-K	231	atorvastatin	86
AQUA LANCE LANCING DEVICE	132	atovaquone	53, 54
AQUASOL A	213	atovaquone-proguanil	53
AQUORAL	187	atropine	106, 118, 120
ARAKODA	53	ATROPINE	106
ARAVA	26	ATROVENT HFA	30
ARAZLO	177	AUBAGIO	89
ARCALYST	192	AUGMENTIN	39
ARESTIN	52	AURYXIA	110
AREXVY	76	AUSTEDO	89
arformoterol	30	AUTOJECT	132
ARGLAES FILM	148	AUTO-LANCET	132
ARICEPT	71	AUTOLET	132, 133
ARIDOL	98	AUTOPEN	133
ARIKAYCE	35	AUTOSHIELD DUO	139
aripiprazole	169	AUTOSOFT	133
ARIXTRA	44	AVAR-E	42
ARKALIOX	213	AVAR LS	42
armodafinil	170	AVC	52
ARMOUR THYROID	183	AVIDOXY	39
ARNUIITY ELLIPTA	31	avita	182
AROMASIN	57	AVITA	182
ARTHROTEC 50	27	AVITENE	77, 78
ARTHROTEC 75	27	AVONEX	89
ARTISS	177	AYGESTIN	129
ASCOR	221	AYVAKIT	58
ascorbate	221, 222	AZASAN	131
ascorbic	114, 221, 222	AZASITE	34
ASCORBIC ACID	222	azathioprine	131
asenapine	167	azelaic acid	176
ASMANEX	31, 32	azelastine	48, 101, 102
aspirin/dipyridamole	65	AZELEX	173
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	132	AZILECT	64

Índice de medicamentos

azithromycin	38	BENZAMYCIN	41
AZSTARYS	166	benzepto	176
AZULFIDINE	121	BENZEPRO	176
B		BENZNIDAZOLE	54
b-12	216, 218, 219, 220, 221	benzonatate	96
b12	113, 114, 115, 204, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221	benzoyl peroxide	41, 42, 173, 176
B-12	113, 200, 213, 214, 218, 219, 220, 221	benzphetamine	63
B12	213, 218, 219, 220, 221	benztropine	64
B12 ACTIVE	219	BEOVU	107
b-12 er	219	BEPREVE	48
b12/levomefolate calcium/b-6	214	BEROCCA	198
B-50 COMPLEX	214	beta-carotene	198, 213
BABY DDROPS	225	BETADINE	103
BABY IRON-MULTIVITAMIN	209	betaine	191
BABY'S SUPER DAILY D3	225	betamethasone	46, 178, 179, 180, 182
BABY VITAMIN D3	225	BETAPACE	85
BACIGUENT	34	BETASERON	89
bacitracin	34	betaxolol	85, 105
baclofen	156, 157	bethanechol	73
BACMIN	198	BETHKIS	35
B ACTIV	213	BETOPTIC S	105
BACTRIM	35	BEVACIZUMAB	107
BAFIERTAM	89	BEVESPI AEROSPHERE	30
BALANCED B-100	215	bexarotene	55, 62
balanced b-100 complex tab sa	214	BEXSERO	74
balanced salt irrig soln no.2	104	BEYAZ	94
BAL-CARE DHA	157	bicalutamide	56
balsalazide	121	BIDIL	86
BALVERSA	58	BIKTARVY	69
BAQSIMI	109	BILTRICIDE	53
BARACLUDE	70	bimatoprost	105
BARIATRIC MULTIVITAMINS	198	BINOSTO	192
BASAGLAR KWIKPEN	51	BIO-35	198
BAXDELA	39	BIO C	222
b comp	213, 217	BIO-D-MULSION	225
b complex	206, 207, 213, 215, 216, 217	bioflav,lemon/vit bcomp,c	195
b-complex	198, 199, 206, 214, 215, 216, 218	biotin	201, 203, 213, 214, 215, 216, 217
B COMPLEX	213, 214, 215, 216	BIOTIN	207, 214, 215, 216, 217
B-COMPLEX-VITAMIN C	214	bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350	122
B-COMPLEX WITH B-12	214	bisoprolol	85
BD	139, 141, 142, 149	BLADDER 2.2	198
BD ECLIPSE	139, 141	BLEPH-10	34
BELBUCA	22	BLEPHAMIDE S.O.P.	34
BELSOMRA	171	BLOOD GLUCOSE CONTROL	133
BELVIQ	63	BLOOD-GLUCOSE CONTROL	133
benazepril	82, 83	BLOOD LANCETS	149
benazepril/hydrochlorothiazide	82	BLUNT	139, 140, 144
BENLYSTA	192	B-NATAL	221
BENTIVITE BX	112	BOCASAL	187

Índice de medicamentos

BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	198	BYDUREON BCISE	49
BONIVA	192	BYDUREON PEN	49
BOOSTRIX TDAP	76	BYETTA	49
bosentan	81	BYLVAY	122
BOSULIF	58	C	
BRAFTOVI	57	c-1,000	222
BRAINSTRONG	157	cabergoline	128
BREATHERITE	155	CABOMETYX	58
BREATHRITE	155	CADEAU DHA	157
BREEZE 2	133	CADUET	86
BREO ELLIPTA	31	CAFERGOT	15, 19
BREWER'S YEAST	214	caffeine	19, 89, 157
BREXAFEMME	46	CALAN	79
brey-na	31	calcipotriene	173, 182
BREZTRI AEROSPHERE	31	calcitonin, salmon, synthetic	130
BRILINTA	65	calcitriol	173, 174, 225, 227
brimonidine	104, 105	calcium acetate	110
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	105	CALCIUM PANTOTHENATE	209
brinzolamide	105	CALQUENCE	58
BRIVIACT	91	CAMBIA	19
BROMFED DM	96	CAMZYOS	79
bromfenac	103	candesartan cilexetil	84
bromocriptine	64, 65	candesartan/hydrochlorothiazid	83
brompheniramine/pseudoephed/dm	96	CANNULA	140, 142, 144, 145, 147
BRONCHITOL	184	CANTHARIDIN-ACETONE	175
BROVANA	30	CAPCOF	96
BRUKINSA	58	capecitabine	56, 57
BRYHALI	178	CAPEX	178
BSS PLUS	104	CAPHOSOL	187
B-STRESS	214	CAPLYTA	167
budesonide	31, 32, 126, 127	CAPRELSA	58
BULK SYRINGE	142	captopril	82, 83
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	149	captopril/hydrochlorothiazide	82
bumetanide	100	CARAFATE	119
BUPHENYL	118	carbachol	105
buprenorphine	22, 193	CARBAGLU	188
bupropion	163, 183	carbamazepine	91, 93
buspirona	162	CARBATROL	91
butalb-acetamin-caff 50-300-40	15	carbidopa	64, 65
butalb-acetamin-caff 50-325-40	15	carbidopa/levodopa	64, 65
butalb/acetaminophen/caffeine	15, 19	carbinoxamine	48
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15	CARDIOPLEGIA	80
butalbit/acetamin/caff/codeine	25	cardioplegic solution no.1	80
butalbital/acetaminophen	15, 19	CARDIOTEK-RX	214
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15	CARDIZEM	79
butalbital/aspirin/caffeine	19	CARDURA	82
butorphanol	22	CAREONE	133, 149
BUTTERFLY TOUCH LANCET	149	CAREPOINT	142

Índice de medicamentos

CARESENS	133	CHEK-STIX	99
CARETOUCH	133, 139, 142, 150, 174	CHEMET	189
carglumic	188	CHEMO TRANSFER PIN	139
carisoprodol	25, 157	CHEMSTRIP	99, 100, 133
carisoprodol/aspirin/codeine	25	CHENODAL	120
CARNITOR	191	CHILD CHEWABLE VITAMN	209
carteolol	105	CHILD COMPLETE	209
CARTRIDGE STAMPED	133	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	209
carvedilol	82	children multivitamin	209
CASODEX	56	CHILDREN MULTIVITAMIN	209, 210
CATAPRES	84	CHILDREN'S CHEWABLE	209
CAVERJECT	185, 186	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON	209
CAYSTON	37	childrens chew vitamin	209
cefaclor	37	CHILDREN'S MULTI-VIT	209
cefadroxil	37	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	209
cefdinir	37	CHILD'S CHEWABLE	209
cefditoren pivoxil	37	CHILD'S OMEGA-3	209
cefixime	37	chlordiazepoxide	118, 162
cefepodoxime proxetil	37	chlordiazepoxide/clidinium br	118
cefprozil	37	chlorhexidine	185
ceftriaxone	37	chloroquine	53
cefuroxime axetil	37	chlorpromazine	170
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	34	chlorthalidone	85, 101
celecoxib	29	chlorzoxazone	157
CELLCEPT	131	CHOLBAM	120
CELLUGEL	107	cholecalciferol	225
CELONTIN	91	CHOLECAL DF	225
CENTANY	41	cholestyramine	87
CENTRAL-VITE	198	choline salicyl/mag salicylate	15, 19
CENTRAM-CARE	198	CHORIONIC	129, 130
CENTRAVITES	198	CHORIONIC GONAD	129
CENTRUM	197, 198, 199, 209, 231, 232	CHROMAGEN	112
CENTRUM KIDS	209	CHROMIUM PICOLINATE	221
CENTRUM SILVER	197, 198, 231, 232	CIALIS	186
CENTURY	199	CIBINQO	176
cephalexin	37	ciclodan	46
CEQUA	107	CICLODAN	46, 54
CEQR SIMPLICITY	133	ciclopirox	46, 47
CERDELGA	189	ciclopirox 8% treatment kit	54
CEREFOLIN	214	CIFRAZOL	225
certavite	199, 232	cilostazol	65
CERTAVITE	199, 232	CILOXAN	34
CERVIDIL	128	CIMDUO	66
CETACAINE ANESTHETIC	25	cimetidine	121
cetorelix	128	cinacalcet	188
CETROTIDE	128	CIPRO	39
cevimeline	73	CIPRODEX	33
CHANTIX	183	ciprofloxacin	33, 34, 39

Índice de medicamentos

citalopram	163	COLOR LANCETS	150
CITRANATAL	112, 157, 158	COMBIGAN	105
CITRANATAL BLOOM	112	COMBIPATCH	125
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	43	COMBISTIX REAGENT	100
CITRUS BIOFLAVONOIDS	195	COMBIVENT	30
CLARINEX	47, 48	COMBIVENT RESPIMAT	30
CLARINEX-D	47	COMBIVIR	66
clarithromycin	38	COMETRIQ	58, 59
clemastine	48	COMFORT	27, 133, 138, 139, 150, 152, 153, 154, 156, 175
CLEO	133, 154	COMFORT PAC-IBUPROFEN	27
CLEOCIN	37, 41	COMFORT PAC-MELOXICAM	27
CLEVER CHEK LANCETS	150	COMFORT PAC-NAPROXEN	27
CLEVER CHOICE	155	COMIRNATY	73
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	133	COMPACT SPACE CHAMBER	155
CLIMARA	125	COMPAZINE	119
clindacin	41	COMPLEX B-50	215
CLINDACIN	41, 42	complex b-100	215
clindamycin	37, 41, 42, 173	COMPLEX B-100	215
CLINDESSE	41	COMTAN	64
CLINPRO 5000	108, 111	CONCEPT	199
clobazam	91	CONFORMANT 2	148
clobetasol	178, 180	CONSENSI	78
CLOBEX	178	CONTACT DETACH INFUSION SET	133
clocortolone	178	CONTOUR	133
clodan	178	CONTRAVE	63
CLODAN	178	CONTROL SOLUTION	132, 133, 134, 135, 137, 138, 139
CLODERM	178	COOL CONTROL SOLUTION	133
clomiphene	129	COPAXONE	89
clomipramine	165	COPIKTRA	59
clonazepam	91	CORDRAN	178
clonidine	84, 166	COREG	82
clopidogrel	65	CORGARD	85
clorazepate	162	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	142
clotrimazole	45, 46	CORTANE-B	102
clozapine	167	CORTEF	126
CLOZARIL	167	CORTENEMA	124
COAGUCHEK	150	cortisone	126
COARTEM	53	CORTISPORIN	33, 41
COCAINE	102	CORVITE	112, 199
codeine	21, 22, 25, 96, 97	CORVITE 150	112
CODITUSSIN AC	97	CORVITE FE	112
CODITUSSIN DAC	97	COTELLIC	57
cod liver oil	212, 222, 225, 227, 229	COTEMPLA	166
COLAZAL	121	CREON	123
colchicine	26, 29	CRESEMBA	45
COLCHICINA	26	CRINONE	129, 130
colesevelam	87	cromolyn	26, 32, 104
COLESTID	87	crotamiton	64
colestipol	87	CRRT TRISODIUM CITRATE	43

Índice de medicamentos

CULTURELLE	199, 210	CYTO B7	215
CULTURELLE KIDS	210	CYTO C	222
CURITY ALCOHOL PREPS	174	CYTOTEC	119
CUROSURF	184	D	
CUTIVATE	178	D3	169, 204, 207, 225, 226, 227, 228, 229
cvs	109, 112, 158, 174, 190, 196, 199, 208, 210, 213, 215, 219, 222, 225, 229	dabigatran	44
CVS	109, 112, 158, 162, 174, 190, 199, 210, 215, 219, 222, 229	daily-vite	199
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	174	dalfampridine	90
CVS CHILD GUMMY	210	danazol	128
cvs glucose	109	DANTRIUM	157
CVS GLUCOSE LIQUID	109	dantrolene	157
cvs iron	112	dapsone	36, 173
cvs isopropyl alcohol 70% wipe	174	DAPTACEL DTAP	76
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	54	DARAPRIM	53
cvs prenatal	158	darifenacin	193
CVS PRENATAL	158, 162	darunavir	66
cvs slow release iron	112	DAURISMO	57
CVS SLOW RELEASE IRON	112	DAVOL IRRIGATION SYRINGE	142
CVS VITAMIN	219, 222, 229	DAYAVITE	199
cvs vitamin a	213	DAYPRO	27
cvs vitamin b-12	219	DAYTRANA	166
cvs vitamin c	222	DAYVIGO	171
cvs vitamin d3	225	DDAVP	125
cvs vitamin e	229	DDROPS	225
cvs vit c	222	decara	225, 226
cvs vit d3	225	DECARA	225, 226
cyanocobalamin	214, 215, 216, 219	DECUBI	199
cyclobenzaprine	157	deferasirox	189
CYCLOGYL	106	deferiprone	189
CYCLOMYDRIL	106	DEKAS	199, 210
cyclopentolate	106	DEKAS PLUS	199, 210
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	106	DELESTROGEN	126
cyclopentolat/tropic/phenyleph	106	delflex	117
cyclophosphamide	55	DELFLEX	117
CYCLOPHOSPHAMIDE	55	DELTEC COZMO CLEO	154
CYCLOSERINE	37	demeclocycline	39
CYCLOSET	49	DEMSEER	84
cyclosporine	107, 131	DENAVIR	71
CYCLOSPORINE	107	DENGVAXIA	76
CYFOLEX	225	DENOVO	196
cyproheptadine	48	DEPAKOTE	91, 92
CYPROHEPTADINE	48	DEPEN	26
CYSTAGON	193	DEPLIN-ALGAL OIL	196
CYSTARAN	107	DEPO-ESTRADIOL	126
CYSTO-CONRAY II	99	DEPO-PROVERA	94, 129
CYSTOGRAFIN	99	DEPO-SUBQ PROVERA	94
CYSTOGRAFIN-DILUTE	99	DEPO-TESTOSTERONE	124
CYTO B-1	218	DERMACINRX	199, 200, 226
CYTO B-2	221	DERMA-SMOOTHIE-FS	178, 179

Índice de medicamentos

DERMASORB	179	dicloxacillin	39
DERMATOP	179	dicyclomine	118
DERMAVIEW	148	didanosine	67
DERMOTIC	102	diethylpropion	63
DESCOVY	66	DIFFERIN	182
desflurane	25	DIFICID	38
desipramine	165	diflorasone	179
desloratadine	48	DIFLUCAN	45
desmopressin	125	diflunisal	15, 19
DESMOPRESSIN	125	difluprednate	103
desog-e.estradiol/e.estradiol	94	digoxin	80
desogestrel-ethinyl estradiol	94	dihydroergotamine	15, 19
DESONATE	179	DILANTIN	92
desonide	179, 181	DILAUDID	22
desoximetasone	179, 180, 181	diltiazem	79
DESOXYN	72	dimethyl	89, 188
desvenlafaxine	164	dimethyl fumarate	89
DESVENLAFAXINE	164	diphenoxylate hcl/atropine	118
dex4 glucose	109	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	76
DEX4 GLUCOSE	109	DIPROLENE	179
dex4 quick dissolve tab chew	109	dipyridamole	65
dexamethasone	33, 103, 126, 127	DISALCID	26
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	33	DISCOVISC	107
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	34	disopyramide	78
dexchlorpheniramine	48	disulfiram	188
DEXCOM G6	133	DITROPAN XL	193
DEXEDRINE	72	DIURIL	101
dexlansoprazole	123	divalproex	91, 92
dexmethylphenidate	166	dofetilide	78
DEXONTO	127	DOJOLVI	108
DEXTENZA	103	donepezil	71
dextroamphetamine	72	DONNATAL	120
dextrose	109, 110, 117	DOPTELET	94
DEXYCU	103	dorzolamide	105, 106
DIABETES HEALTH	200	DORZOLAMIDE	105, 106
DIABETIC VITAMIN	200	DOSOKAP	226
DIACOMIT	92	DOSOQUIN	226
dialyvite	215	DOVATO	66
DIALYVITE	200, 215, 226	DOVER BULB SYRINGE	142
DIANEAL	117	DOVONEX	173
DIASTAT	91	doxazosin	82
DIASTIX REAGENT	98, 99, 100	doxepin	165, 171, 173
diatrizoate meglumine	98	doxercalciferol	187
DIATRUE	133	doxycycline	39, 40, 41, 185
diazepam	91, 162	doxylamine succinate/vit b6	119
diazoxide	109, 110	DRISDOL	226
DIBENZYLINE	72	dronabinol	118
DICLEGIS	119	DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	133
diclofenac	20, 21, 27, 28, 62, 103, 172	DROPLET LANCETS	150

Índice de medicamentos

DROPLET LANCING DEVICE	133	EDLUAR	171
DROPSAFE PREP PADS	174	EDURANT	67
drosipir/eth estra/levomefol	94	E.E.S. 200	38
DROXIA	77	efavirenz	67, 68
droxidopa	72	effer-k	116
drug mart glucose	109	EFFER-K	116
DSUVIA	22	EFFIENT	65
DUAVEE	126	EFUDEX	62
DUETACT	50	EGRIFTA	127
DUET DHA	158	eldertonic	197
DUEXIS	27	ELDERTONIC LIQUID	197
DULERA	31	ELEMENT COMPACT	134
duloxetine	164	ELEMENT CONTROL	134
DUOBRII	174	ELEPSIA	92
DUOPA	64	eletriptan hydrobromide	15, 19
DUOVISC	107	ELFOLATE	215
DUPIXENT	130	ELIGEN	219
DURACHOL	226	ELIMITE	64
dutasteride	193	ELIQUIS	43
DXEVO	127	ELIXOPHYLLIN	33
DYANAVEL	72	ELLA	95
DYAZIDE	101	ELMIRON	25
DYMISTA	102	ELON	200
DYRENIUM	101	EMBRACE	134, 150
E		EMBRACE EVO LEVEL 1	134
EAR HEALTH PLUS	195	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN	134
ear health plus caplet	195	EMBRACE LANCING DEVICE	134
EASIVENT	155	EMBRACE PRO	134
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	175	EMBRACE TALK CONTROL	134
EASY COMFORT LANCETS	150	EMCYT	62
EASY GLIDE CATHETER	142	EMEND	119
EASY GLIDE LUER	142, 143	EMERGEN-C	210, 222
EASYGLUCO PLUS	134	EMERGEN-C KIDZ	210
EASYMAX 15	134	EMGALITY	15, 19, 91
EASYMAX NORMAL	134	EMGALITY PEN	19
EASY MINI EJECT	133	EMPAVELI	77
EASY PLUS II	133, 134	EMSAM	163
EASYPOINT	140	emtricitabine	66, 67
EASY STEP	134	emtricitabine-tenofv	66
EASY TALK	134	EMTRIVA	67
EASY TOUCH	134, 139, 140, 143, 144, 150, 175	EMVERM	53
EASY TOUCH FLIPLock	139, 140, 143	enalapril	82, 83, 84
EASY TRAK	134	enalapril/hydrochlorothiazide	82
EASY TWIST CAP LANCETS	150	ENBRACE	200
ECLIPSE SYRINGE	144	ENBREL	54, 55
EC-NAPROSYN	28	ENDARI	77
econazole	47	ENDO-AVITENE	77
EDECRIIN	100	ENDOMETRIN	130
EDEX	186	ENDUR-AMIDE	208

Índice de medicamentos

ENDUR-THINE	208	escitalopram	163
ENDUR-VM	200	ESGIC	15, 19
ENFAMIL	110	ESKATA	174
ENGERIX-B	76	esomeprazole	27, 123
ENLITE SERTER	134	ESOMEPRAZOLE	123
ENLYTE	196	ESSENCE C	222
enoxaparin	44	ESSENTIAL	157, 199, 200, 204, 206, 232
ENSPRYNG	130	estazolam	171
ENSTILAR	182	ESTER-C	222
entacapone	64, 65	ESTRACE	126
entecavir	70	estradiol	94, 95, 125, 126, 129
ENTEREG	123	estrogen, ester/me-testosterone	125
ENTERO VU	98	ESTROVEN	200
ENTRESTO	83	eszopiclone	171
ENZOCLEAR	176	ethacrynic	100
EPCLUSA	70	ethambutol	36
EPIDIOLEX	91	ethinyl estradiol/drospirenone	95
EPIDUO FORTE	173	ethosuximide	92, 94
EPIFOAM	181	ethynodiol d-ethinyl estradiol	95
epinastine	48	etodolac	28
epinephrine	71, 102	etonogestrel/ethinyl estradiol	94
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	106	etoposide	62
EPIPEN	71	etravirine	67
EPISIL	187	EUCRISA	177
EPIVIR	67, 70	EULEXIN	56
eplerenone	101	EURAX	64
eprosartan	84	EVEKEO	72
EPSOLAY	176	EVENCARE	134
EPZICOM	66	everolimus	57, 58, 131, 132
EQ	194, 200, 210	EVICEL	77
EQ CHILD	210	EVISTA	192
eql	112, 190, 194, 200, 215, 219, 222, 226, 229	EVOCLIN	42
eql slow release iron	112	EVOLUTION	134
eql vitamin	219, 222, 226, 229	EVOTAZ	68
eql vit c	222	EVOXAC	73
EQUETRO	162	EVRYSDI	189
EQ VISION	194	EVZIO	44
ERGOCAL	226	EXEL	140, 144
ergocalciferol	226	EXELDERM	47
ergoloid	86	EXEL HUBER	140
ERGOMAR	19	EXELON	71
ergotamine tartrate/caffeine	15, 19	EXEM	98
ERIVEDGE	57	exemestane	57
ERLEADA	56	EXPECTA PRENATAL	158
erlotinib	59, 61	EXSERVAN	88
ERYPED	38	EXTENDED RESERVOIR	144
ERY-TAB	38	EXTINA	47
ery-tab dr	38	EXTRANEAL ICODEXTRIN DIALYSIS	117
erythromycin	34, 38, 41, 42	EYE HEALTH AND LUTEIN	194

Índice de medicamentos

EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	194	FERRIMIN	113
EYE MULTIVITAMIN	194	FERRIPROX	189
EYEPROTECT	194	FERRLECIT	113
EYLEA	106	FERRO-SEQUELS	113
EYSUVIS	103	ferrous fumarate	113
E-Z DISK	98	FERROUS FUMARATE	113
ezetimibe	86, 87	ferrous fum/vit c/b12-if/folic	113
ezetimibe-atorvastatin	86	ferrous gluconate	112, 113, 203
ezetimibe/simvastatin	86	ferrous sulfate	112, 113, 203
E-Z-HD	98	ferumoxytol	112, 113
EZ-LETS	150	fesoterodine	194
E-Z-PAQUE	98	FETZIMA	164, 165
E-Z-PASTE	98	FEXMID	157
EZ SMART LANCETS	150	FIBRICOR	88
EZ-VAC	134	fifty50 alcohol prep pads	175
F		FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	150
FA-8	196	FILTER	140, 144, 146
FACTIVE	39	FILTER ASPIRATOR	140
famciclovir	69	FINACEA	176
famotidine	27, 121	finasteride	193
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut	200	FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	150
FANAPT	167	FINGER GRIP	144
FARESTON	62	FINGERSTIX	150
FARXIGA	51	finolimod	89
FARYDAK	55	FIORICET	15, 19, 25
FASENRA	32	FIORINAL	15
FATIGUE RELIEF COMPLEX	200	FIRDAPSE	90
febuxostat	27	FIRST-MOUTHWASH BLM	187, 188
felbamate	92	FLAGYL	36
FELBATOL	92	flavoxate	194
FELDENE	28	flecainide	78
felodipine	79	FLECTOR	172
FEMARA	57	FLEXICHAMBER	155
fenofibrate	87, 88	FLINTSTONES	210, 232
fenofibric	88	FLOGEN	195
FENOGLIDE	88	FLOLIPID	86
fenoprofen	28	FLOMAX	193
FENORTHO	21	FLORIVA	108, 210
fentanyl	22, 23	FLOVENT	32
feosol	112	FLOW-EZE	140
FEOSOL	112	FLUAD	75
FERAHEME	112	FLUAD QUAD	75
FERGON	112	FLUARIX QUAD	75
FER-IN-SOL	112	FLUBLOK QUAD	75
FERIVA 21-7	112	FLUCELVAX QUAD	75
FERIVA FA	112	fluconazole	45
FERRACTIV IRON	112	flucytosine	45
FERRALET	112	fludrocortisone	128
FERRETTIS IPS	112, 113	FLULAVAL QUAD	75

Índice de medicamentos

FLUMADINE	69	fondaparinux	44
FLUMIST QUAD	75	FORA	98, 134, 150
flunisolide	102	FORACARE	134, 150
fluocinolone	102, 178, 179, 180	FORACARE LANCETS	150
fluocinonide	179	FORA GTEL	98, 134
fluorescein	98, 104	FORA LANCETS	150
FLUORESCÉIN-BENOXINATE	104	formaldehído	54, 172
fluoride	108, 111, 116, 211	formoterol	30
FLUORIDEX	108, 111	FORTAMET	49
fluorometholone	103	FORTAVIT	201
FLUOROPLEX	62	FORTEO	191
fluorouracil	62	FORTESTA	124
fluoxetine	163, 170	FORTISCARE	135
fluphenazine	170	FOSAMAX	191, 192
FLURA-DROPS	108, 116	FOSAMAX PLUS D	191
flurandrenolide	178, 179	fosamprenavir	68
flurazepam	171	fosaprepitant	119
flurbiprofen	28, 103	fosfomicina trometamina	36
flutamide	56	fosinopril	82, 83
fluticasone	31, 102, 178, 179	fosinopril/hidroclorotiazida	82
fluticasone propion/salmeterol	31	FRAGMIN	44
fluticasone-salmeterol	31	FREEDAVITE	201
fluticasone-salmeterol 100-50	31	FREESTYLE	97, 135, 150, 151
fluvastatin	86, 87	FREESTYLE INSULINX	97
fluvoxamine	164	FREESTYLE LITE	97
FLUZONE HIGH-DOSE	75	FROVA	19
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	75	frovatriptán succinato	19
FLUZONE QUAD	75	FRUIT C	222
FML	103	fruit c-100	222
fn vitamin	219	FRUIT C-100	222
FOLAGENT	200	ful-glo	98
FOLAMAX	200	FUL-GLO	98
FOLAMED	200	FULPHILA	94
FOLIC	158, 196, 197, 200, 214, 218, 219, 221, 226	FURADANTIN	38
folic acid 113, 114, 115, 158, 159, 160, 161, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 210, 212, 213, 215, 216, 217, 229, 232		furosemida	100
folic/mvi ther-min/lycop/lut	200	FUSION	67, 113
FOLIKA	196, 201, 215, 226	FUZEON	67
FOLIKA-D	226	FYCOMPA	92
FOLIKA-NC	215	G	
FOLIKA-T	215	gabapentin	92
FOLIKA-V	196	GABITRIL	92
FOLINIC-PLUS	215	GALAFOLD	190
FOLITE	196	galantamina	71, 72
FOLIXAPURE	226	GALZIN	189
FOLLISTIM AQ	129	ganirelix	128
FOLTRATE	219	GANIRELIX	128
FOLTIX	215	GARDASIL 9	76
FOLVITE-D	226	GASTROCROM	26
		GASTROGRAFIN	98

Índice de medicamentos

GASTROMARK	98	GLUTOSE-45	109
gatifloxacin	34, 35	glyburide	50, 51
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	33	GLYCATE	118
GATTEX	123	glycine urologic solution	54
GAVRETO	59	glycopyrrolate	118
GE100	135	GLYNASE	50
GELCLAIR	187	GLYXAMBI	50
GELFILM	104, 191	gnp	109, 113, 158, 190, 194, 196, 201, 208, 212, 213, 215, 219, 222, 226, 229
GEL-FLOW	77	GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	201
GELFOAM	77	gnp glucose	109
GELNIQUE	194	GNP VITAMIN E	229
GELX	187	GOJJI	98, 135, 151
gemfibrozil	88	GOLYTELY	122
GEMTESA	193	GONAL-F	129
GENADEK	201, 210	GONITRO	80
GENICIN	196, 215, 226	GOPRELTO	102
GENICIN VITA-Q	196	GRALISE	91
GENICIN VITA-S	215	granisetron	119
GENOTROPIN	128	GRASTEK	73
gentamicin	34, 35, 42	griseofulvin	46
GENTEEL	133, 135	gs	109
GENTLE IRON	113	GS PRENATAL	158, 201
GENVOYA	69	GUAIACOL	175
GEODON	168	guaifen-codeine	97
GERBER	201, 210	GUAIFEN-CODEINE	97
GERBER GROW MIGHTY	210	guaifenesin/phenylephrine	96
GERBER LIL BRAINIES	210	guanfacine	84, 166
GERITOL	197	GUARDIAN	135
GIALAX	122	GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	210
GILOTRIF	59	GUMMY	158, 198, 209, 210, 219
glatiramer	89	GVOKE	109
glatopa	89, 90	GYNAZOLE	45
GLEOLAN	98	H	
GLEOSTINE	56	HAEGARDA	188
glimepiride	50	HAIR FORMULA	201
glipizide	50, 51	HAIR, SKIN AND NAILS	198, 201, 206
GLOPERBA	26	HAIR-SKIN-NAILS	216
GLUCAGEN	98	halcinonide	179, 180
glucagon	109	HALCION	171
GLUCAGON	63, 109, 123	halobetasol	179
GLUCO	109	HALOG	180
GLUCOCARD	135	haloperidol	170
GLUCOCOM	135, 151	HARD NAILS	216
glucose	109, 110	HARVONI	70
GLUCOSE CONTROL	132, 133, 134, 135, 137	HEALON GV	107
GLUCOSE LIQUID	109, 110	HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	135
GLUCOTROL	50	HEALTHY ACCENTS AUTOLET	135
GLUTOL	110	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	151
GLUTOSE-15	109	healthy eyes tablet	194

Índice de medicamentos

HEALTHY EYES TABLET	194	hydrocodone-acetamin	21
HEARTBURN ACID REFLUX	201	HYDROCODONE-ACETAMIN	21
HEMA-COMBISTIX	100	hydrocodone/acetaminophen	21
HEMATEX	113	hydrocodone/ibuprofen	22
hematogen	113	hydrocort	33, 102, 124, 180, 181
HEMATOGEN	113	hydrocortisone	102, 123, 124, 126, 127, 177, 180, 181
HEMATRON-AF	113	hydrocortisone/acetic acid	102
HEMAX	113	hydrocort-pramoxine	124, 181
HEMLIBRA	77	hydrogen peroxide	172
HEMOCYTE	113	hydromorphone	22, 23
heparin	44	hydroxocobalamin	219
HEPARIN	44	hydroxychloroquine	53
HEPLISAV-B	76	HYDROXYCHLOROQUINE	53
HEPSERA	70	HYDROXYPROPYLCELLULOSE	191
HETLIOZ	171	hydroxyurea	56
HIBERIX	76	hydroxyzine	48
high potency multivitamin tab	201	HYFTOR	131
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	201	HYLAVITE	216
HIPREX	36	HYLAZINC	196
HISTEX-AC	96	hyoscyamine	120
hm	113, 158, 190, 196, 208, 216, 219, 222, 226, 229, 230	HYPER-SAL	189
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	175	HYPODERMIC NEEDLE	139, 140, 147
HM BIOTIN	216	HYPOLANCE	135
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	201	hypromellose	107
hm iron	113	HYPROMELLOSE	191
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	201	HYRIMOZ	55
HM ONE DAILY PRENATAL	158	HYSINGLA	23
hm prenatal	158	I	
hm slow release iron	113	ibandronate	192
hm vit	219, 222	IBRANCE	59
hm vitamin	219, 222, 226, 229, 230	ibuprofen	22, 27, 28
HM VITAMIN	226	ibuprofen/famotidine	27
homatropine	106	I-CAPS	194
HOMOCYSTEINE	216	ICAPS	194, 195, 201
HORIZANT	89	ICAPS AREDS2	195
HORMONES	124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 183	ICAR	114
HUMALOG	51, 52	icatibant	185
HUMATIN	53	ICLUSIG	59
HUMIRA	55	icosapent	117
HUMULIN	52	IDHIFA	62
HURRICAIN LUER-LOCK	140	IFE-BIMIX	186
hyaluronate	107	IFE-PG20	186
HYALURONIDASE	107	IGALMI	171
HYCAMTIN	58	ILEVRO	103
HYCODAN	97	ILUVIEN	103
hydralazine	84, 86	I.L.X. B-12	113
HYDREA	56	imatinib mesylate	59
hydrochlorothiazide	82, 83, 84, 85, 101	IMBRUVICA	59
hydrocodone	21, 22, 23, 96, 97	IMCIVREE	63

Índice de medicamentos

imipramine	165, 166	INVELTYS	103
imiquimod	175	INVIRASE	68
IMMUNERX	201	iodine/potassium iodide	181
IMPAVIDO	54	iodine/sodium iodide	182
IMURAN	131	IODOFLEX	182
INBRIJA	64	IODOSORB	182
INCONTROL	151, 175	IOPIDINE	105
INCONTROL LANCING DEVICE	136	IPOL	74
INCRELEX	128	ipratropium	30, 102
indapamide	101	irbesartan	83, 84
INDICLOR	99	irbesartan/hydrochlorothiazide	83
indomethacin	28	IRESSA	59
INFANRIX DTAP	76	IRON 112, 113, 114, 115, 116, 158, 162, 200, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 232	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	210	iron bg	114, 159
infant-toddler multivit-iron	210	IRON BISGLYCINATE	114
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	210	iron/c	114, 115
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	210	iron,carbonyl	112, 114
INFASURF	184	iron fm	114, 116
INFED	114	iron/folic	115, 159, 160, 161, 198, 199, 202, 203, 207, 232
INFINITY	136	iron fum	113, 114, 158, 159, 160, 199, 203, 204, 209
INFUSION SET	133, 136, 138, 139, 154	iron fumarate	114, 159
INFUVITE	201, 210	iron polysac	114
INGREZZA	89	iron polysaccharide	113, 114, 115
INJECTAFER	114	IRONUP	115
INJECT EASE	151	IRO-PLEX	115
INJECT-EASE	144	IROSPAN	115
INLYTA	59	IS-D	227
INNER EAR PLUS	195	ISENTRESS	68
INOVA	176	isoflurane	25
INPEN	136	isoniazid	36
INSET	136, 154	ISOPROPANOL	190
INSET 30	136, 154	isopropyl	174, 190, 191
INSET 30 TUBING	154	isopropyl alcohol	174, 190, 191
INSPIRACHAMBER	155	ISOPROPYL ALCOHOL	175, 190, 191
INSPRA	101	ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	54
INSTACLEAN	190	isopropyl rubbing alcohol	190, 191
INSTA-GLUCOSE	110	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL	190
insta-glucose gel	110	ISOPTO ATROPINE	106
INSUL-CAP	136	ISOPTO CARPINE	105
INSUL-EZE	136	ISORDIL	80
INSULIN	49, 50, 51, 52, 128, 141, 142, 143, 144, 146, 147	isosorbide	80, 86
INSULIN CARTRIDGE	144	isotretinoin	173
INSULIN SYRINGE U-500	144	isoxsuprine	86
INTEGRA	114, 140, 144	isradipine	79
INTELENCE	67	itraconazole	45, 46
INTERLINK	144	IV 3000	148
INTRINSI	219	IV3000	148
INVACARE	151	IV ADMINISTRATION SET	154
INVEGA	168	ivermectin	53, 64, 176, 177

Índice de medicamentos

IV PREP WIPES	175	KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	34
J		KLARON	173
JAKAFI	57	KLOXXADO	44
JALYN	193	KOSELUGO	57
JANSSEN COVID-19 VACCINE	73	KOSHER PRENATAL	158
JANUMET	50, 51	K-PAX	201
JANUVIA	50	K-PHOS	117
JARDIANCE	51	KPN PRENATAL	158
JATENZO	124	kpn tablet	158
JELMYTO	55	KRINTAFEL	53
JOENJA	184	KRISTALOSE	122
JORNAY	166	groger glucose	110
JUBLIA	47	kro glucose	110
JULUCA	66	kro isopropyl alcohol 91%	190
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	210	k-tab	116
JUSTRIGHT 5000	108, 111	K-TAB	116
JUXTAPID	86	KUVAN	190
JYNARQUE	100, 101	KYLEENA	95
JYNNEOS	76	KYNMOBI	64
K		L	
K1-1000	231	labetalol	82
K2	225, 227, 231	LABSTIX REAGENT	100
KADIAN	23	lacosamide	92
KALETRA	68	LACRISERT	103
KALYDECO	184	lactulose	118, 122
KAPVAY	166	LAGEVRIO	69
KARBINAL	48	LAMICTAL	92
KEFLEX	37	lamivudine	66, 67, 70
KENALOG	180	lamivudine/zidovudine	66
KENDALL	144, 148	lamotrigine	92
KENDALL DISINFECTANT CAP	144	lancets	149, 151
KERENDIA	101	LANCETS	149, 150, 151, 152, 153
KESIMPTA	90	LANCETS THIN	151
KETAMINE	171	LANCETS ULTRA THIN	151
ketoconazole	46, 47	LANCING DEVICE	132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139
ketodan	47	LANCING SYSTEM	136
KETO-DIASTIX REAGENT	99, 100	LANOXIN	80
KETONE CARE TEST STRIP	99	lansoprazole	120, 123
KETONE TEST STRIP	98, 99	lansoprazole/amoxiciln/clarith	120
ketoprofen	28	lanthanum carbonate	111
ketorolac	21, 103	LANZO	136
KETOSTIX REAGENT	99	lapatinib ditosylate	59, 61
KEVEYIS	188	LASIX	100
KIDS COD LIVER OIL	210	LASTACFT	48
KIDS MULTIVITAMIN	211	latanoprost	105
KINRIX	76	LATANOPROST	105, 106
KISQALI	59	LATUDA	168
KITABIS PAK	35	LAZANDA	23
KLARITY	34, 103, 107	leader glucose	110

Índice de medicamentos

leader quick dissolve gluc	110	LITETOUCH	155
lecithin/pyridoxine/kelp	201	lithium	162
leflunomide	26	LITHOBID	162
lenalidomide	58	LITHOSTAT	118
LENVIMA	59	LITTLE ANIMALS	211
LESCOL	87	LIVALO	87
L.E.T.	25	LIVMARLI	122
letrozole	57	LIVTENCITY	69
leucovorin	185	l-mefol/a-cyst/meb12/algal oil	216
LEUKERAN	56	l-mefolate/b3/copp/znsel/chrom	201
levabuterol	30	L-METHYLFOL	216
LEVBID	120	l-norgest/e.estradiol-e.estrad	95
LEVEMIR	52	LODINE	28
LEVER LOCK CANNULA	144	LODOSYN	65
levetiracetam	92, 93	LOKELMA	111
LEVITRA	186	LOMAIRA	63
levobunolol	105	LOMOTIL	118
levocarnitine	191	longs glucose	110
levofloxacin	34, 39	LONHALA MAGNAIR	29
LEVOMEFOL	216	LONSURF	56
levomefolate	196, 214, 216, 217	LOPID	88
LEVOMEFOLATE	216	lopinavir/ritonavir	68
levonorgestrel/ethin.estradiol	95	LOPRESSOR	85
levorphanol	23	LOPROX	47
levothyroxine	183	lorazepam	162
LEVSIN	120	LORBRENA	59, 60
LEVULAN	62	LORID	216
LEXIVA	68	LORMATE	216
LICART	172	LORTAB	21
lidocaine	25, 26, 106, 124, 181	LORZONE	157
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	26	losartan/hydrochlorothiazide	83
LIDOCAINE-HYDROCORT	124	losartan potassium	84
LIDOCAINE-PHENYLEPHRINE-BSS	106	LOTEMAX	103
LIDOCAINE-PHENYLEPHRINE-WATER	106	LOTENSIN	82, 83
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	140, 144	LOTENSIN HCT	82
LILETTA	95	loteprednol etabonate	103
lindane	181	lovastatin	87
linezolid	38	loxapine	169
LINZESS	122	lubiprostone	122
liothyronine	183	LUCENTIS	107
LIPO-FLAVONOID PLUS	195	LUER LOCK	142, 143, 144, 145
LIPOTRIAD	195	LUER-LOK	141, 144, 146
LIQUID C	223	LUERSLIP	144
LIQUID E-Z PAQUE	98	LUER SLIP TIP	144
LIQUID POLIBAR PLUS	98	LUER TIP CAP	144, 146
lisinopril	82, 83, 84	LUMAKRAS	57
lisinopril/hydrochlorothiazide	82	LUMIGAN	105
LITEAIRE	155	LUMRYZ	170
LITE TOUCH	136, 151	LUPKYNIS	131

Índice de medicamentos

LUXIQ	180	mefloquine	53
LUZU	47	MEGA BIOTIN	216
LYDIA PINKHAM HERBAL	115	megestrol	62, 194
LYMEPAK	40	meijer glucose	110
LYNPARZA	60	MEKINIST	57
LYSODREN	62	MEKTOVI	57
LYSTEDA	77	meloxicam	28
LYTGObI	60	melphalan	55, 56
LYUMJEV	52	memantine	88
M		MEMANTINE	88
MACRILEN	99	MEMBRANEBLUE	107
MACROBID	38	MEN 50	197, 199, 201, 206, 231, 232
MACRODANTIN	38	MENACTRA	74
MACULAR BENEFITS	195	M-END PE	96
MACUVEX	195	MENOPUR	129
MACUZIN	195	MENOSTAR	126
mafenide	42, 43	MENQUADFI	74
MAGELLAN	145	MEN'S 50 PLUS	201, 204, 205
MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	136	MEN'S DAILY	202
MALARONE	53	MEN'S MULTIVITAMIN	202, 204
malathion	181	MENVEO	74
maprotiline	165	meperidine	23
maraviroc	66, 67	MEPHYTON	231
MAR-COF CG	97	meprobamate	162
MARINOL	118	MEPRON	54
MARNATAL-F	158	mercaptopurine	56
MARPLAN	163	MERIBIN	216
MATULANE	62	mesalamine	121
MAVENCLAD	90	MESNEX	185
MAXFE	115	METANX	216
MAXIMIN	201	metaproterenol	30
MAXIMUM D3	227	metaxalone	157
MAXITROL	33	metformin	49, 50, 51
MAXI-TUSS CD	96	METHACHOLINE	98
MAXZIDE	101	methadone	23
MAYZENT	90	methamphetamine	72
MEBOLIC	201	METHAVER	216
meclofenamate	28	methazolamide	100
mecobal/levomefolat ca/b6 phos	216	methenamine hippurate	36
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	54	methenamine mandelate	36
MEDIHONEY	177	methenam/m.blue/salicyl/hyoscy	36
MEDISENSE	136, 151	methenam/sod phos/mblue/hyoscy	36
medlance plus	151	methen/mblue/sal/sod phos/hyos	36
MEDLANCE PLUS	151	methimazole	183
MEDROL	127	METHITEST	124
medroxyprogesterone	94, 129	meth/meblue/sod phos/psal/hyos	36
MEDTRONIC	136	methocarbamol	157
MEDTYCHOLL-B	216	methotrexate	56
mefenamic	21	methoxsalen	172

Índice de medicamentos

methscopolamine	120	MINOLIRA	40
METHYL B-12	219	minoxidil	84
METHYLCOBALAMIN	219	MIOCHOL-E	105
methyl dopa	84	MIO INFUSION	136
methylergonovine	128	MIRAPEX	64
METHYLFOLATE	196	MIRENA	95
METHYLIN	166	mirtazapine	162
methylphenidate	166, 167	MIRVASO	176
METHYLPHENIDATE	167	misoprostol	27, 119
methylprednisolone	127	MITIGARE	26
METHYL PROTECT	216	MITOMYCIN	107
methyl salicylate	175	MITOSOL	107
methyltestosterone	124, 125	MIXED TOCOTRIENOLS	230
metoclopramide	122	MKO	171
metolazone	101	M-M-R II VACCINE	76
METOPIRONE	99	MOBIC	28
metoprolol	85	modafinil	170
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	85	MODERNA COVID	73
METROCREAM	176	MODERNA COVID-19 BOOSTER	73
METROGEL	41, 176	MODERNA COVID BIVAL	73
METROGEL-VAGINAL	41	moexipril	83
metronidazole	36, 41, 176	molindone	170
metyrosine	84	mometasone	102, 180
mexiletine	78	MONOCAPS	202
MIACALCIN	130	MONODOX	40
miconazole	45	MONOFERRIC	115
MICROCHAMBER	155	MONOJECT	140, 145
MICRODOT	136	MONOLET	151
MICROLET	136, 151	MONSEL'S	77
MICROPLEGIA	80	montelukast	32
MICROSPACER	155	MONUROL	36
MICROTAINER	149, 151	morgidox	40
MICRO THIN LANCET	151	MORGIDOX	40
MICRO THIN LANCETS	151	morphine	23, 24
midazolam	171	MOTOFEN	118
MIDAZOLAM	171	MOUNJARO	49
midodrine	72	MOUTHPIECE	155
MIFEPREX	188	MOVANTIK	44
mifepristone	188	MOXATAG	39
miglitol	49	moxifloxacin	34, 35, 39
miglustat	189	MOXIFLOXACIN	33, 34
MIGRANAL	19	MS CONTIN	24
MINI LANCING DEVICE	136, 137	ms glucose	110
MINIMED	136, 145	ms quick dissolve glucose	110
MINIMED RESERVOIR	145	MTERYTI	158
MINI PRENATAL	158	MTX	219
MINIPRESS	82	MUCOSITISRX	187
MINITRAN	80	MUGARD	187
minocycline	40	MULTAQ	78

Índice de medicamentos

MULTI-BETIC	195	NAMENDA	88
MULTI-DAY PLUS MINERALS	202	NAMZARIC	88
multi for her	202	NANO	140, 141, 161, 211
MULTI FOR HER	202	NANO 2ND GEN	140
MULTI-LANCET	137	NANOVM	211
multilex	202	NAPRELAN	28
MULTILEX	202	NAPROSYN	28
MULTI PRO	202	naproxen	20, 27, 28, 29
MULTISTIX	100	naproxen/esomeprazole mag	27
MULTIVITAMIN 159, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 216, 231, 232		naratriptan	19
MULTI-VITE	203	NARCAN	45
MULTI-VIT-FLOR	211	NARDIL	163
MULTIVIT-FLUOR	211	NASCOBAL	219
multivit-min/fa/lycopen/lutein	198, 199, 203, 232	NATACHEW	158
multivit-min/iron/folic acid	232	NATACYN	45
mupirocin	42	nateglinide	50
MURI-LUBE	190	NATESTO	124
MUSE	186	NATPARA	128
mv	113, 114, 115, 116, 198, 200, 203, 205	NAYZILAM	91
M.V.I. PEDIATRIC	211	nebivolol	85
m-vit	203	NEBUPENT	54
mvn	199, 203, 204	nebusal	189
MVW COMPLETE	211	NEBUSAL	189
MYALEPT	130	NEEDLE	139, 140, 141, 144, 145, 146, 147
MYAMBUTOL	36	needles,safety huber,disposabl	140
MYCAPSSA	129	NEEVODHA	204
MYCOBUTIN	36	nefazodone	164
mycophenolate	131	neomycin	33, 34, 35, 172
MYDAYIS	72	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort	33
MYDRIACYL	106	neomycin/bacitracin/polymyxinb	34
MYDRIATIC4	104	neomycin/polymyxin b/dexametha	33
MYFEMBREE	128	neomycin/polymyxin b/hydrocort	33
MYFORTIC	131	neomycin/polymyxn b/gramicidin	35
MYGLUCOHEALTH	137, 151	neomycin sulfate	35
MYLERAN	56	NEONATAL	115, 139, 158
MYRBETRIQ	193	NEONATAL FE	115
MYSOLINE	93	NEORAL	131
MYXREDLIN	52	NEO-SYNALAR	41
N		NEOVITE	204
nabumetone	28, 29	NEPHRON FA	216
nadolol	85	NEPHRO-VITE	216
naftifine	47	NERIA	154
NAFTIN	47	NERLYNX	60
NALFON	28	NESTABS	158, 204
NALOCET	22	NEUAC	173
naloxone	24, 44, 45, 193	neuac gel	173
NALOXONE	44	NEULUMEX	99
naltrexone	45	NEUPRO	64
		NEURIN-SL	220

Índice de medicamentos

NEUTRASAL	187	NORPRAMIN	165
nevirapine	67	nortriptyline	166
NEXAVAR	60	NORVIR	68
NEXCARE TEGADERM	148	NORWEGIAN COD LIVER OIL	213
NEXLETOL	86	NOURIANZ	64
NEXLIZET	86	NOVA	137, 151
niacin	88, 208, 209	NOVAFERRUM	115, 211
NIACIN	208, 209	NOVAMAX PLUS	98, 137
niacinamide	208	NOVAMV	211
NIACINAMIDE	208	NOVAREL	130
NIACOR	88	NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ	74
nicardipine	79	NOVOPEN 3	137
NICOMIDE	204	NOVOPEN ECHO	137
NICOTROL	183	NOXAFIL	46
nifedipine	79	NOXIFOL-D3	227
NIFEREX	115	NUBEQA	56
NILANDRON	56	NUCALA	32
nilutamide	56	NUCORT	180
nimodipine	79	NUEDEXTA	89
NINJACOF-XG	97	NUFERA	115
NINLARO	60	NUFOLA	216
nisoldipine	79	NU-IRON	115
nitazoxanide	63	NULEV	120
nitisinone	188	NULYTELY	122
NITRO-DUR	80	NUMBRINO	102
nitrofurantoin	38	NUMOISYN	187
nitroglycerin	80	NUPLAZID	163
NITROLINGUAL	80	NURTEC ODT	20
NITROMIST	80	NUTRIVIT	204
NITROSTAT	80	NUVESSA	41
NITYR	188	NUZYRA	40
NIVA-FOL	216	NYMALIZE	79
NIVA-PLUS	204	nystatin	46, 47
nizatidine	121	O	
NOCDURNA	125	OB COMPLETE	158, 204
NO FLUSH NIACIN	209	OBREDON	97
NOKOR	140	OBSTETRIX EC	158
nolix	180	OBSTETRIX ONE	204
NORDITROPIN FLEXPRO	128	OBTREX DHA	158
norelgestromin/ethin.estradiol	95	O-CAL FA	204
noreth-ethinyl estradiol/iron	95	OCALIVA	121
norethind-eth estrad	95, 126	OCUFLOX	35
norethindrone	95, 125, 126, 129	OCULAR VITAMINS	195
norethin-ee	95	OCUVEL	195
norethin-eth estrad	126	OCUVITE	195, 204
NORGESIC	157	ODACTRA	73
norgestimate-ethinyl estradiol	95	ODEFSEY	68
norgestrel-ethinyl estradiol	95	ODOMZO	57
NORM-JECT	145	OFEV	184

Índice de medicamentos

ofloxacin	33, 35, 39	ORAVIG	46
olanzapine	168, 169, 170	ORENITRAM	81
olmesartan/amlodipin/hcthiazyd	83	ORFADIN	188
olmesartan/hydrochlorothiazide	83	ORGOVYX	58
olmesartan medoxomil	84	ORIAHNN	128
olopatadine	102	ORLISSA	128
OLPRUVA	118	ORKAMBI	184
OLUX	180	ORLADEYO	185
om-3	204	ORLISTAT	63
OMECLAMOX-PAK	120	orphenadrine	157
omega-3 acid	117	ORTHO DF	227
omeprazole	123	ORTIKOS	127
OMIDRIA	104	oseltamivir	69
OMNIPAQUE	98	OSENI	48
OMNIPOD	137	OSMOLEX	65
OMNITROPE	128	OSTACHOL	227
OMNIVEX	204	OTEZLA	26
ON CALL	137, 152	OTIPRIO	33
ONCOVITE	204	OTOVEL	33
ondansetron	119	OVACE	174
ONE A DAY	158, 212	OVAL TAPE	137
ONE-A-DAY	158, 205, 211	OVIDE	181
one daily	160, 199, 200, 201, 204, 206	OVIDREL	130
one-daily	205	oxandrolone	124
ONE DAILY	158, 197, 200, 201, 204, 205, 206	oxaprozin	27, 29
ONE-DAILY	205	OXAYDO	24
ONETOUCH	97, 137, 152	oxazepam	162
ONETOUCH DELICA	137, 152	oxcarbazepine	93
ONETOUCH ULTRA	97, 137	OXERVATE	107
ONETOUCH VERIO	97, 137	oxiconazole	47
ONEVITE	205	OXTELLAR	93
ONE WAY MOUTHPIECE	155	oxybutynin	193, 194
ONEXTON	173	oxycodone	22, 24
ON-THE-GO	152	oxycodone hcl/acetaminophen	22
opium/belladonna	24	OXYCONTIN	24
opium tincture	118	oxymorphone	24
OPSITE	148	OXYTROL	194
OPSUMIT	81	OZEMPIC	49
OPTICHAMBER	155	OZURDEX	103
OPTIFAST	205	P	
OPTIMAL D3 M	227	PACNEX	176
OPTISOURCE	205	paliperidone	168
OPTUMRX	137	PALYNZIQ	73
OPURITY	205, 220	PAMELOR	166
OPZELURA	181	PAN-C	223
ORACIT	117	PANCREAZE	123
ORALAIR	73	PANDA	156
ORAMAGICRX	187	PANDEL	180
ORAPRED ODT	127	PANRETIN	62

Índice de medicamentos

PANTETHINE	209	PERIDIN-C	223
pantoprazole	123	perindopril erbumine	83
pantothenic	209	periton.dialysis	117
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	186	permethrin	64
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDL	186	perphenazine	170
PARADIGM	137, 138, 145, 154	perphenazine/amitriptyline hcl	165
paregoric	118	PFIZER COVID	74
PAREMYD	106	PHARMABASE BARRIER	176
paricalcitol	187	pharm choice alcohol prep pads	175
PARLODEL	65	PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	175
PARNATE	163	PHASEAL	140
paromomycin	53	PHEBURANE	188
paroxetine	164, 189	phenazopyridine	26
PARVLEX	115	phendimetrazine	63
PASER	36	phenelzine	163
PATANASE	102	phenobarb/hyoscy/atropine/scop	120
PAXIL	164	phenobarbital	120, 170
PAXLOVID	69	phenobarbital-belladonna elixr	120
PEDIA POLY-VITE	212	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	120
pedia poly-vite iron	212	phenoxybenzamine	72
PEDIARIX	76	phentermine	63
PEDIATRIC MASK	156	phenylephrine	47, 96, 104, 106
PEDIATRIC MONITOR	138	PHENYTEK	93
pediatric multivit	212	phenytoin	92, 93
pediatric multivitamin	209, 212	PHOSLYRA	111
PEDIATRIC PANDA MASK	156	PHOSPHOLINE IODIDE	105
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	212	PHOTREXA	102
PEDIATRIC POLY-VITE	212, 232	PHOXILLUM	117
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	212	PHYSIOLYTE	172
PEDIATRIC TRI-VITE	212	PHYSIOSOL	172
PEDIA TRI-VITE	212	phytonadione	231
pedi multivit	209, 210, 211, 212	PHYTONADIONE	231
ped mvit	211	pilocarpine	73, 105
PEDVAXHIB	76	pimecrolimus	131
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	122	pimozide	167
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c	122	pindolol	85
PEGASYS	70	pioglitazone	50, 51
PEMAZYRE	60	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	137
penciclovir	71	PIP LANCET	152
penicillamine	26	PIQRAY	60
penicillin	39	pirfenidone	188
PENTACEL	76	piroxicam	28, 29
pentamidine	54	PISTON ENFIT	145
PENTASA	121	PLEGISOL	80
pentazocine	24	PLEGRIDY	90
pentoxifylline	78	PLEXION	42, 174
PEPCID	121	PNEUMOVAX 23	74
PERFECT IRON	115	pnv	158, 159, 161
PERIDEX	185	pnv81	159

Índice de medicamentos

POCKET CHAMBER	156	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	34
PODIAPN	216	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	33
podoflox	176	prednisone	127
POLIBAR ACB	99	preferred plus glucose	110
polyethylene	190	PREFEST	126
POLY HUB	140	pregabalin	93, 192
polymyxin b sulf/trimethoprim	35	PREGNYL	130
POLYSKIN II	148	PREHEVBRIO	76
POLYTRIM	35	PREMARIN	129
POLY-TUSSIN AC	96	PRENATA	159
POLY-VI-FLOR	212, 232	prenatal	158, 159, 160, 161
poly-vi-sol	212	PRENATAL	157, 158, 159, 160, 161, 162, 197, 201
POLY-VI-SOL	212	prenatal71	160
POLY-VITA	212	PRENATE	160, 205, 206
POLY VITAMIN-IRON	205	PREPIDIL	128
POLY-VITE	212, 232	PRESERVISION	195
POMALYST	58	PRESSURE ACTIVATED LANCETS	152
PONVORY	90	PRESTALIA	82
POSACONAZOLE	46	PRETOMANID	37
posaconazole dr	46	PREVENT	213
POTABA	216	PREVIDENT	108, 111
potassium bicarbonate/cit ac	117	PREVNAR 13	74
potassium chloride	116, 117	PREVNAR 20	74
potassium citrate	117	PREVYMIS	69
potassium iodide	112, 181	PREZISTA	66
potassium iodide/iodine	112	PRIFTIN	37
pramipexole	64, 65	PRIMACARE	160
PRAMOSONE	181	primaquine	54
PRANDIN	50	PRIMAQUINE	53
prasugrel	65	PRIMEAIRE	156
pravastatin	87	primidone	93
praziquantel	53	PRIMSOL	36
prazosin	82	PRIORIX	76
PR BENZOYL PEROXIDE	176	PRISMASOL	117
PRECISIONGLIDE	140, 145, 146	probenecid	29
PRECISION XTRA	97, 98, 137	PROCARDIA	79
PRECOSE	49	PROCARE SPACER	156
PRED FORTE	103	PROCERV HP	206
PRED-G	33	PROCHAMBER	156
prednicarbate	179, 180	prochlorperazine	119
prednisolone	34, 103, 104, 127	PRO COMFORT	152, 156, 175
PREDNISOLONE	33, 34, 103, 104	PROCORT	124
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	34	PROCTOCORT	123
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN	33	PRODIGY	137, 145, 152
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	33	PRODIGY COUNT-A-DOSE	145
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	34	PRO FE	115
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	34	PROFERRIN	115
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	34	PROFOLA	206
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	33	progesterone	129

Índice de medicamentos

PROGLYCEM	110	QUERCETIN	195
PROGRAF	131	QUESTRAN	87
prolate	22	quetiapine	168
PROLENSA	104	QUFLORA	212
PROMACTA	94	QUICK RELEASE SOFT TEFLON	137
promethazine	48, 96, 119	QUILLICHEW	167
PROMETRIUM	129	QUILLIVANT	167
propafenone	78	quinapril	82, 83
proparacaine	104	quinapril/hydrochlorothiazide	82
propranolol	85	QUIN B STRONG	216
propylthiouracil	183	QUINCE SPINAL	140
PROQUAD	76	quinidine	78
PRORENAL	206, 216	quinine	54
PROSCAR	193	QUINTABS	206
PROSTIN E2	128	QULIPTA	20
PROTECT	108, 115, 206, 216	QUVIVIQ	171
PROTECT IRON	115, 206	QVAR REDIHALER	32
PROTHELIAL	187	R	
PROTOPIC	131	ra	110, 115, 160, 161, 175, 191, 196, 206, 209, 213, 216, 220, 223, 227, 230
protriptyline	166	ra alcohol swabs	175
PROVERA	94, 129	ra balanced	216
PROVIDA OB	160	rabeprazole	123
PROVISC	107	RADICAVA ORS	88
PROVOCHOLINE	98	RADIOGARDASE	189
pseudoephed/codeine/guaifen	97	ra glucose	110
PSV SET	155	RAGWITEK	73
pub glucose	110	ra high potency iron	115
PULMOZYME	184	RA HIGH POTENCY IRON	115
PURE COMFORT	152, 156, 175	ra iron	115
PUREFE	206	ra isopropyl alcohol 70%	191
PURIXAN	56	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	175
PUSH BUTTON	152	ra isopropyl alcohol 91%	191
pyrazinamide	36	raloxifene	192
pyridostigmine	71, 72	ramelteon	171
PYRIDOSTIGMINE	71	RA MEN'S	206
pyridoxine	201, 221	ramipril	83, 84
PYRIDOXINE	221	RA NIACIN	209
pyrimethamine	53, 54	ranitidine	121
PYRUKYND	77	ranolazine	78
Q		ra one daily prenatal dha pack	160
qc	160, 175, 190, 191, 227	RAPAMUNE	131
qc alcohol 70% swabs	175	RAPID B-12 ENERGY	220
qc prenatal tablet	160	ra prenatal tablet	161
QSYMIA	63	rasagiline	64, 65
Q-SYTE	155	RASUVO	26
QUADRACEL DTAP-IPV	76	RAVICTI	118
QUALAQUIN	54	ra vit	220, 223
QUDEXY	93	RA VIT	220
QUELBREE	167	ra vitamin	213, 220, 223, 227, 230

Índice de medicamentos

ra vitamin a	213	REVLIMID	58
RA VITAMIN C	223	REXULTI	169
RAYALDEE	187	REYATAZ	68
RAYA SURE	140	REYVOW	20
RAYOS	127	REZUROCK	193
RAZADYNE	72	RHOFADE	176
READI-CAT 2	99	ribasphere	70
READYLANCE	152	ribavirin	69, 70
REBIF	90	riboflavin	221
RECOMBIVAX HB	76	RIBOFLAVIN	221
RECOTHROM	78	RIBOZEL	217
RECTIV	122	RIDAURA	27
REFUAH	137	rifabutin	36
REGLAN	122	RIFAMATE	37
REGRANEX	175	rifampin	37
REGULAR BEVEL	140	RIFATER	37
RELAFEN	29	RIGHTEST	138, 152
RELAGARD	53	RILUTEK	88
RELENZA	69	riluzole	88, 89
RELEXII	167	rimantadine	69
RELIAMED	137, 152	RIMSO-50	25
RELION	110, 152, 175	ringer's solution	172
reli-on glucose	110	RINVOQ	27
relion glucose	110	RIOMET	50
RELION GLUCOSE	110	risedronate	191, 192
RELISTOR	44	RISPERDAL	168
REMEDIENT	206	risperidone	168, 169
REMERON	162	RITEFLO	156
RENACIDIN	117	ritonavir	68
RENAL VITAMIN	216	rivastigmine	71, 72
RENAL-VITE	217	rizatriptan	20
RENAPLEX	217	R-NATAL	161
RENEVELA	111	ROBINUL	118
repaglinide	50, 51	ROCALTROL	227
REPATHA	86	roflumilast	32
REPLACEMENT	77, 112, 113, 114, 115, 116, 117	ropinirole	65
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	138	rosadan	176
REPLESTA	227	ROSADAN	176, 177
REQ49+	197	rosula	42
RESPA A.R.	95	ROSULA	42
RESTASIS	107	rosuvastatin	87
RESTORIL	171	ROSZET	86
RETEVMO	60	ROTARIX	74
RETIN-A	182	ROTATEQ	74
RETISERT	104	ROWASA	121
RETROVIR	67	ROXICODONE	24
REVATIO	81	ROXIFOL	227
REVESTA	227	ROZLYTREK	60
		RUBRACA	60

Índice de medicamentos

rufinamide	93	sevelamer	111
rutin	195	sevoflurane	25
RUZURGI	90	SEYSARA	40
RYALTRIS	102	SFROWASA	121
RYBELSUS	49	SHINGRIX	76
RYCLORA	48	SHORT BEVEL	140
RYDAPT	60	SIDEROL	115
RYTARY	65	SIDESTREAM	156
RYTHMOL	78	SIGNIFOR	129
RYVENT	48	SILATRIX	187
S		sildenafil	81, 186
SAF-CLENS AF	177	SILENOR	171
SAFE-CLIP	138	SILHOUETTE	136, 138, 154, 155
SAFESNAP	145, 146	SILICONE MASK	156
SAFETYGLIDE	140, 142, 146	silodosin	193
SAFETY LANCETS	149, 151, 152	SIL-SERTER	138
SAFETY-LET	152	SILVADENE	42
SAFETY-LOK	146	silver sulfadiazine	42
SAFETY SEAL LANCETS	150, 152	SIMBRINZA	105
SAFETY SYRINGE	145, 146, 147	SIMILAC PRENATAL	161
SALAGEN	73	SIMPONI	55
SALIVAMAX	187	simvastatin	86, 87
salsalate	26	SIMVASTATIN	87
SANCUSO	119	SINEMET	65
SANDIMMUNE	131	SINGLE-LET	152
SANTYL	182	SINGLE USE SWAB	175
sapropterin	190	SINUVA	102
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	175	sirolimus	131, 132
SAVELLA	192	SIRTURO	37
SAXENDA	63	SITZMARKS	99
SCALACORT	180	SIVEXTRO	38
SCEMBLIX	60	SKLICE	64
SCLEROSOL	185	SKYLA	95
SCOOPY-DOO ONE A DAY	212	SKYRIZI	130, 172
scopolamine	119	SLIP-TIP	146
secobarbital	170	slo-niacin	209
SECUADO	169	SLO-NIACIN	209
SEEBRI	31	SLOW FE	115
SEGLUROMET	51	slow release iron	112, 113, 115, 116
SELECT-OB	161	SLOW RELEASE IRON	112, 115, 116
selegiline	65	sm	110, 116, 161, 175, 191, 196, 206, 217, 220, 223, 227, 230
selenium	174	SM ALCOHOL 70% PREP PADS	175
SELRX	174	sm alcohol prep pads	175
SELZENTRY	66, 67	SMARTDIABETES VANTAGE	138
SEMGLEE	52	SMARTEST	138, 152
SEN-SERTER	138	smart sense	110
SEREVENT DISKUS	30	SMART SENSE	152
SEROSTIM	128	SM BIOTIN	217
sertraline	164	sm iron	116

Índice de medicamentos

sm isopropyl alcohol 70%	191	SPECTRACEF	37
sm isopropyl alcohol 91%	191	SPECTRAVITE	197, 206, 232
SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%	191	SPIKEVAX COVID	74
sm prenatal vitamins tablet	161	spinosad	64
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	116	SPIRIVA HANDIHALER	29
sm vitamin	220, 223, 227, 230	SPIRIVA RESPIMAT	29
sodium chloride	122, 172, 189	spironolact/hydrochlorothiazid	101
sodium chloride/nahco3/kcl/peg	122	spironolactone	101
SODIUM CITRATE	43	SPORANOX	46
sodium ferric gluconat/sucrose	113, 116	SPRITAM	93
sodium fluoride	108, 111, 116	SPRIX	20
SODIUM IODIDE I-123	185	SPRYCEL	60
SODIUM OXYBATE	170	SSKI	112
sodium phenylbutyrate	118	STALEVO	65
sodium polystyrene sulfonate	111	stavudine	67
sodium polystyrene sulfon/sorb	111	STEGLATRO	51
sodium, potassium, mag sulfates	122	STEGLUJAN	50
sodium sulfacetamide	174	STELARA	130
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	174	STENDRA	186
sod,pot chlor/mag/sod,pot phos	172	STERILANCETL	152
sod sulface-sulf	42	STERILE LANCETS	152
sod sulface-sulfur	42	STERILE TALC	185
sod sulfacetam 10% clnsng gel	174	STERITALC	185
sod sulfacetamide 9.8% shampoo	174	STIOLTO RESPIMAT	31
sod sulfacetamide 10% shampoo	174	STIVARGA	60
sod sulfacet-sulfr	42	STRATAGRAFT	73
sod sulfacet-sulfur	42	STRENSIQ	189
sod sulfac-sulfur	42, 43	STRESS B-COMPLEX	206
SOF-SERTER	138	stress-c	206
SOF-SET	138	stress formula	202, 203, 206, 217
SOFT TOUCH	152	STRESS FORMULA	206
solifenacin	193	STROMECTOL	53
SOLIQUA	49	STROVITE	206
SOLO	206	STUART ONE	161
SOLODYN	40	SUCRAID	121
SOLOSEC	35	sucralfate	119
SOLTAMOX	62	SULAR	79
SOLUS V2	138, 152	sulfacetamide	34, 43, 173, 174
SOLUVITA-E	230	sulfadiazine	35, 42
SOMA	157	sulfamethoxazole/trimethoprim	35
SOMAVERT	187	SULFAMYLON	43
SOOLANTRA	177	sulfasalazine	121
sorafenib tosylate	60	sulindac	29
SORBITOL	172	SUMADAN	43
sotalol	85	sumatriptan	20
SOTYLIZE	85	SUMAXIN	43
SPACE CHAMBER	155, 156	sunitinib malate	60
SPAN C	223	SUNLENCA	66
SPECIALTY USE NEEDLES	140	SUNOSI	170

Índice de medicamentos

super b complex-vit c	217	SYMJEPI	71
SUPER DAILY D3	225, 227	SYMLINPEN	49
SUPER GINSENG	206	SYMPAZAN	91
super quintis	217	SYMPROIC	44
SUPER THIN LANCETS	151, 153	SYM TUZA	66
SUPOR	146	SYNALAR	41, 180
SUPPORT-500	206	SYNAREL	128
SUPPRELIN	128	SYNDROS	118
SUPRANE	25	SYNERA	26
SUPRAX	37	SYNJARDY	51
SURE COMFORT	138, 153, 175	SYPRINE	189
SUREFLEX	138, 151	SYRINGE	19, 32, 54, 55, 70, 73, 78, 86, 89, 90, 94, 109, 130, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 172, 212
SURE-LANCE	153	SYRINGE AVITENE	78
SURE-PEN	138	SYRINGE BULK	146
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	175	SYRINGE CATHETER	146
SURESITE	148	SYRINGE FILTER	146
SURE-T	138, 155	SYRINGE SLIP TIP	146
SURE-TEST EASYPLUS	138	SYRINGE STORAGE BIN	146
SURE-TOUCH	153	SYRINGE TIP CAP	146
SURFAXIN	184	SYRINGE WITH NEEDLE DISP	146
SURGICEL	78	SYRINGE WITHOUT NEEDLE	146
surgifoam	78	T	
SURGIFOAM	78	T:30	138
SURGISEAL	177	T:90	138
SURMONTIL	166	tab-a-vite	206
SURVANTA	184	TAB-A-VITE	206, 207
SUSTIVA	67	TABLOID	57
SUTENT	60	TABRECTA	60
sv b-12	220	TACHOSIL	78
sv biotin	217	TACLONEX	182
SV BIOTIN	217	tacrolimus	131, 132
SV COD LIVER OIL	212	tadalafil	81, 186
sv folic acid	196	TAFINLAR	57
SV HAIR, SKIN AND NAILS	206	TAGITOL	99
sv iron	116	TAGRISSO	60
sv niacin	209	TAKHZYRO	73, 185
sv prenatal tablet	161	TALICIA	120
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	161	TALTZ	172
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	116	TALZENNA	61
sv vitamin	220, 223, 227, 230	TAMIFLU	69
sv vitamin b-12	220	tamoxifen	62
sv vitamin c	223	tamsulosin	193
SV VIT B	220	TANDEM DUAL ACTION	116
sv vit c	223	TANDEM PLUS	116
SYMAX DUOTAB	120	TAPAZOLE	183
SYMBICORT	31	TAPERDEX	127
SYMBYAX	170	TARCEVA	61
SYMDEKO	184	TARGADOX	41
SYMFI	68		

Índice de medicamentos

TARGRETIN	62	THALOMID	36
TARPEYO	127	THEO-24	33
TASIGNA	61	theophylline anhydrous	33
TASMAR	65	thera-d	227, 228
tavaborole	47	THERA-D	227
TAVALISSE	185	THERAGRAN	207
tazarotene	174	THERAMILL FORTE	207
TAZVERIK	58	THERANATAL	161, 207
TB SYRINGE	145, 146	THEREMS-H	207
TC99M	98	thiamine	218
TDVAX	76	THIAMINE	218
TECHLITE	153	THIN LANCETS	151, 153
TEGADERM	148, 149	THIN WALL NEEDLES	141
TEGRETOL	93	THIOLA EC	193
TEGSEDI	188	thioridazine	170
TEKTURNA HCT	86	thiothixene	169
TELCARE CONTROL SOLUTION	138	THRIVITE	161
TELCARE ULTRA THIN	153	THROMBI-GEL	78
telmisartan	83, 84	THROMBIN	44
telmisartan/amlodipine	83	THROMBIN-JMI	78
telmisartan/hydrochlorothiazid	83	THROMBI-PAD	78
temazepam	171	thyroid,pork	183
TEMIXYS	66	tiagabine	92, 93
TEMODAR	56	TIAZAC	79
TEMOVATE	180	TIBSOVO	62
temozolomide	56	TIGAN	119
TENIVAC	76	TIGLUTIK	89
tenofovir	67, 68	timolol	85, 105, 106
TENORETIC	85	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	105
TENORMIN	85	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	105
terazosin	83	TIMOLOL-DORZOLAMIDE	106
terbinafine	46	TIMOLOL-LATANOPROST	106
terbutaline	30	TIMOPTIC	106
terconazole	45	tinidazole	53
TERIPARATIDE	191	tiopronin	193
TERSİ FOAM	174	TISSEEL VHSD	177
TERUMO	141, 146, 147	TISSUEBLUE	107
TERUMO SURGUARD2	141, 147	TIVICAY	68
TERUMO SYRINGE	147	tizanidine	157
testosterone	124, 125	TL-HEM 150	116
TESTOSTERONE	124, 125	TOBAKIENT	207
TESTRED	125	TOBI PODHALER	35
tetrabenazine	89	TOBRADEX	33
tetracaine	104	tobramycin	33, 35
TETRACAINE	104	tobramycin/dexamethasone	33
tetracycline	41	TOBRAMYCIN PAK	35
TETRAVISC	104	TOBEX	35
TEXACORT	180	TOFRANIL	166
T:FLEX	138	TOLAK	62

Índice de medicamentos

tolcapone	65	TRIJARDY	51
tolmetin	29	TRIKAFTA	184
tolterodine	194	TRILIPIX	88
tolvaptan	100	trimethobenzamide	119
TOOMEY SYRINGE	147	trimethoprim	35, 36
TOPCARE	153	trimipramine	166
TOPICORT	180, 181	TRI-MIX	186
topiramate	93	TRIMO-SAN	53
toremifene	62	TRIMPEX	36
torseamide	100	TRINAZ	162
TOSYMRA	20	TRINTELLIX	165
TOUJEO	52	TRISODIUM CITRATE CRRT	43
TOVIAZ	194	TRISTART	161
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	98	TRIUMEQ	66
TRACLEER	81	TRI-VI-FLOR	212
tramadol	22, 24	TRI-VI-SOL	212
tramadol-acetaminophn	22	TRIZIVIR	66
trandolapril	82, 84	TROKENDI	93
trandolapril/verapamil	82	TRONVITE	217
tranexamic	77	TROPICAL LIQUID	212
TRANSFER	68, 139, 140, 141	tropicamide	106
TRANSPARENT	149	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	106
tranylcypromine	163	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	106
travoprost	106	TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	106
trazodone	164	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	106
TRECATOR	36	trospium	194
TRELEGY ELLIPTA	31	TRUDHESA	20
TREMFYA	172	TRUE COMFORT	153, 175
TRESIBA	52	TRUECONTROL	138
tretinoin	62, 173, 182, 183	TRUEDRAW	138
TRETIN-X	183	TRUE METRIX	138
TREXALL	57	TRUEPLUS	99, 110, 153, 207
TREZIX	22	TRUEPLUS GLUCOSE	110
triamcinolone	180, 181, 185	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	99
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	33	T.R.U.E. TEST	189
triamterene	101	TRULANCE	122
triamterene/hydrochlorothiazid	101	TRULICITY	49
triazolam	171	TRUMENBA	74
TRICARE	161	TRUSELTIQ	61
trichloroacetic acid	177	TRUSOPT	106
TRICHLOROACETIC ACID	177	TRUSTEEL INFUSION SET	138
triderm	181	T:SLIM	138
TRIDESILON	181	TUBERCULIN SYRINGE	144, 145, 146, 147
trientine	189	TUKYSA	61
TRIESENCE	104	TURALIO	61
TRIFERIC	116	TUSSICAPS	96
trifluoperazine	170	TUXARIN	96
trifluridine	69	TUZISTRA	96
trihexyphenidyl	64	TWINPAK DUAL CANNULA	147

Índice de medicamentos

TWINRIX	76	URELLE	36
TWIST	150, 152, 153, 177	URIBEL	36
TWYNEO	173	URISTIX	100
TYBOST	183	UROCIT-K	117
TYKERB	61	UROQID-ACID	117
TYMLOS	130	URSO	120
TYRVAYA	187	ursodiol	120, 121
TYVASO	81	UTIBRON	31
U		V	
UBRELVY	20	valacyclovir	70
UCERIS	124, 127	VALCHLOR	62
UDAMIN SP	207	VALCYTE	70
ULESFIA	64	valganciclovir	70
ULTANE	25	valproic	93
ULTICARE LDS SYR	147	valsartan	83, 84
ULTICARE SAFETY SYRINGE	147	valsartan/hydrochlorothiazide	83
ULTICARE SYRINGE	147	VALTOCO	91
ULTICARE TB SAFETY	147	VANOCOCIN	41
ULTIGUARD SAFE	147	vancomycin	41
ULTIGUARD SAFEPACK	147	VANILLA SILOQ	99
ULTI-LANCE	138	VANISHPOINT	147
ULTILET	153, 175	VANOXIDE-HC	176
ultra b-100	217	VANTAS	58
ULTRA B-100 COMPLEX	217	vardenafil	186
ULTRA-CARE	153	varenicline	183
ULTRA-FINE MICRO	141	VARIBAR	99
ULTRA-FINE MINI	141	VARISOFT	139
ULTRA-FINE NANO	141	VARIVAX VACCINE	77
ULTRA-FINE ORIGINAL	141	VARUBI	119
ULTRA-FINE SHORT	141	VASCEPA	117
ULTRAFOAM	78	VASCULERA	195
ULTRA FREEDA	207	VASERETIC	82
ULTRALANCE	153	VASOFLEX	195
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	161	VASOTEC	84
ULTRA THIN	151, 153	VAXELIS	76
ULTRA-THIN II	153	VAXNEUVANCE	74
ULTRA THIN PLUS	153	VB6 PSP	221
ULTRATLC	153	VB7 MAX	217
ULTRATRAK CONTROL	138	VECAMYL	84
ULTRATRAK ULTIMATE	138	VECTICAL	174
ULTRAVATE X	181	VELPHORO	111
UNILET	149, 151, 153	VELTASSA	111
UNISTIK	139, 151, 153, 154	VEMLIDY	70
UNISTRIP	139	VENALIV	195
UNIVERSAL 1	154	VENCLEXTA	61
UNIVERSAL SYRINGE	147	venlafaxine	165
UPTRAVI	81	VENOFER	116
upup	110	VENTAVIS	81
URECHOLINE	73	VEO INSULIN SYRINGE	147

Índice de medicamentos

verapamil	79, 82	vitamin c	198, 206, 207, 214, 217, 222, 223, 224
VERASENS	139	VITAMIN C	213, 214, 221, 222, 223, 224
VERELAN	79	vitamin d2	226, 228
VERQUVO	80	VITAMIN D2	228
VERSACLOZ	169	vitamin d3	109, 225, 226, 227, 228, 229
VERTIGOHEEL	189	VITAMIN D3	207, 225, 226, 228, 229
VERZENIO	61	VITAMIN D3-ALOE	207
VFEND	46	vitamin e	229, 230
V-GO	139	VITAMIN E	229, 230, 231
VIAGRA	186	VITAMIN K	231
VIBERZI	122	VITAMIN K2	231
VIBRAMYCIN	41	vitamins a and d	207
VIEKIRA PAK	70	VITAMINS A D	213
vigabatrin	93	VITAMINS A-D-E	207
VIGADRONE	93	VITAPEARL	161
VIGAMOX	35	VITA-RESPA	218
VIJOICE	184	VITASURE	218
vilazodone	165	VITATRUE	161
VIOKACE	123	vit a/vit c/vit e/zinc/copper	195
VIRACEPT	68	vit b	215, 216, 217, 219
VIRAMUNE	67	VIT B-12	200, 219, 220
VIRAZOLE	70	vit b12/levomefolate/vit b6/b2	214, 217
VIREAD	67, 68	vit c-rose hip	222, 223
VIRT-CAPS	217	vit c-rose hips	222, 223
virt-fefa plus	116	VIT C-ROSE HIPS	223
VIRT-FEFA PLUS	116	vit d3	212, 225, 226, 228
VISCOAT	107	VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	228
VISIONBLUE	107	VITRAKVI	61
VISION FORMULA	194, 195	VITREXYL	207
VISION PLUS	197	VITRON-C	116
VISTA ADVANCED AREDS2	195	VITRUM 50	207, 232
VISTARIL	48	vits a,c,e/lutein/minerals	195
VISTOGARD	185	VIVAGUARD	139, 154
vit a	195, 212	VIVJOA	46
VITA-BEE	217	VIZIMPRO	61
VITABEX	116, 207	VOGELXO	125
VITAFOL	116, 161	VOLUMEN	99
VITAJoy	223	VONJO	61
VITAL-D	217	VOQUEZNA	120
VITAMEDMD	161	voriconazole	46
vitamin a	213	VORTEX	156
VITAMIN A 182, 183, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231		VOSEVI	70
vitamin b-12	216, 219, 220, 221	VOTRIENT	61
vitamin b12	220, 221	VOWST	121
VITAMIN B-12	219, 220, 221	VOXZOGO	190
VITAMIN B12	218, 220, 221	VP-PNV-DHA	161
vitamin b complex	207, 213, 217	v-r alcohol prep pads	175
vitamin b-complex	218	VRAYLAR	169
		VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	169

Índice de medicamentos

v-r cod liver oil capsule	229	XIIDRA	107
v-r vitamin c	224	XIPERE	104
VTAMA	173	XOFLUZA	70
VUMERITY	90	XOLAIR	32
VYLEESI	167	XOPENEX	30
VYNDAMAX	190	XOSPATA	61
VYNDAQEL	190	XTANDI	56
VYVANSE	166	XULTOPHY	49
VYZULTA	106	XURIDEN	110
W		XVITE	218
WAKIX	94	XYOSTED	125
warfarin	43	XYREM	170
water	106, 172	XYWAV	170
WAVESENSE	139	XYZBAC	207
WEBCOL	175	Y	
WEGOVY	63	YALE	141
WELIREG	61	YAZ	95
WELLESSE	207	YONSA	56
WEST-VITE	218	YUPELRI	29
WHEAT GERM	231	YUTIQ	104
WINDOW BANDAGES	149	Z	
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE	207	zafirlukast	32
WOMEN'S 50	197, 204, 205, 207	zaleplon	171
women's daily	207	ZANAFLEX	157
WOMEN'S DAILY	207	ZARONTIN	94
WOMENS DAILY GUMMIES	207	ZCORT	127
WOMEN'S MULTIVITAMIN	205, 207	ZEJULA	61
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	161	ZELBORAF	57
WP THYROID	183	ZELDANA	218
WYNZORA	182	ZEMBRACE SYMTOUCH	20
X		ZEMPLAR	187
XACIATO	41	ZENPEP	123
XALKORI	61	zenzedi	72
XAQUIL	196	ZENZEDI	72
XARELTO	43	ZEPATIER	71
XCELLENT	224, 231	ZEPOSIA	90, 91
XCELLENT C	224	ZESTORETIC	82
XCOPRI	93, 94	ZESTRIL	84
XELJANZ	27	ZIAC	85
XELODA	57	ZIAGEN	67
XENICAL	63	ZIANA	173
XENLETA	39	zidovudine	66, 67
XENON XE-133	99	ZIEXTENZO	94
XEPI	42	zileuton	29
XERMELO	118	zinc oxide	176
XEROSTOMIA	187	ZINC OXIDE PASTE	176
XHANCE	102	ZINC PLUS	224
XIFAXAN	39	ziprasidone	168, 169
XIGDUO	51	ZIRGAN	69

Índice de medicamentos

ZITHROMAX	38
ZODRYL AC	96, 97
ZODRYL DAC	96
ZODRYL DEC	97
ZOKINVY	184
ZOLINZA	55
zolmitriptan	20
zolpidem	171
ZOLPIMIST	171
ZOMIG	20
ZONALON	173
zonisamide	94
ZONTIVITY	65
ZOO FRIENDS	212
ZORBTIVE	128
ZORTRESS	132
ZORYVE	173, 174
ZOSTAVAX	77
ZOVIRAX	70, 71
ZTALMY	170
ZTLIDO	26
ZUBSOLV	193
ZUPLENZ	119
ZYDELIG	61
ZYFLO	29
ZYKADIA	61
ZYLOPRIM	27
ZYMAXID	35
ZYPITAMAG	87
ZYPREXA	169
ZYVANA	207
ZYVIT	207
ZYVOX	38

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

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



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

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

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

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna Healthcare of Arizona, Inc., Cigna Healthcare of California, Inc., Cigna Healthcare of Colorado, Inc., Cigna Healthcare of Connecticut, Inc., Cigna Healthcare of Florida, Inc., Cigna Healthcare of Georgia, Inc., Cigna Healthcare of Illinois, Inc., Cigna Healthcare of Indiana, Inc., Cigna Healthcare of St. Louis, Inc., Cigna Healthcare of North Carolina, Inc., Cigna Healthcare of New Jersey, Inc., Cigna Healthcare of South Carolina, Inc., Cigna Healthcare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CERTV1 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 LỜI Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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