



# 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**

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

Consulte su Lista de medicamentos en línea: **Cigna.com/druglist**

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

Consulte la información sobre su cobertura en línea: **Aplicación myCigna®** o en **myCigna.com®**

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.

975750SP 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	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	14
Lista de medicamentos con receta	16
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	145
Índice de medicamentos	146

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



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



**Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 4 Tier** (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 Healthcare<sup>SM</sup>. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com).

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

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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).

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

**R.** Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en [cignaforhcp.com](https://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](https://myCigna.com) para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

1. Una aseguradora puede imponer requisitos de autorización previa para los beneficios de medicamentos con receta.
2. Cuando haya más de un medicamento apropiado para el tratamiento de una condición médica, es posible que una aseguradora requiera el tratamiento escalonado.

- a. En circunstancias en las que una persona asegurada cambie de póliza, la nueva póliza no deberá requerir que se repita el tratamiento escalonado cuando la persona asegurada ya esté recibiendo tratamiento para una condición médica con un medicamento con receta, siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz. Una nueva póliza puede imponer un requisito de autorización previa para que continúe la cobertura de un medicamento con receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea médicamente apropiado para la persona asegurada.
3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad médicamente necesaria del medicamento recetado para el tratamiento de una condición médica de acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos.

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Sí.

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

**R.** Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura.

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

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

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

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

**P. ¿Qué es el costo compartido?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir

menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

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

### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

### Accredo® para medicamentos de especialidad

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

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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

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

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

#### **Estas son tres maneras sencillas de comenzar.**

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

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

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

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

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

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

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

#### **P. ¿Cómo despacho mi receta?**

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

Visite [Cigna.com/specialty](https://www.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.<sup>2</sup>
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

**R.** Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**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 nutricional prenatal y derrame cerebral.

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

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

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
  - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
  - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco

con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.

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

### Palabras que quizás necesite conocer

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Acerca de esta Lista de medicamentos

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

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

### Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

### Niveles

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>			<b>Categoría terapéutica y clase</b> describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>			<b>Requisitos y límites de cobertura</b> le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nivel del medicamento</b> le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-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)	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nombre del medicamento con receta</b> es el nombre del medicamento.
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	
ESGIC 50-325-40 MG TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE ( <i>zebutal</i> )	T3	QL (6 caps/day)	<b>Los medicamentos están enumerados en orden alfabético</b> (según el inglés) dentro de cada columna.
FIORICET ( <i>phrenilin forte</i> )	T1	QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>			<b>Los medicamentos de marca</b> están escritos en <b>MAYÚSCULA</b> .
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>		HD	
<i>diflunisal</i>		HD	<b>Los medicamentos genéricos</b> están escritos en <b>minúscula cursiva</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>			
AIMOVIG AUTOINJECTOR		PA	
AJOVY AUTOINJECTOR		PA	
AJOVY SYRINGE		PA	
<i>almotriptan malate</i>		QL (12 tabs/30 days)	
CAFERGOT ( <i>ergotamine-caffeine</i> )		QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>		QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>		QL (6 tabs/30 days)	
EMGALITY PEN		PA	
EMGALITY SYRINGE		PA	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>			
ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)		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 (productos femeninos)	53
Analgésicos (condiciones urinarias)	25	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	53, 54
Anestésicos (varios)	25	Antiinfecciosos/Varios (varios)	54
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25, 26	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	54
Anestésicos (condiciones urinarias)	26	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	54, 55
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	26	Antineoplásicos (cáncer)	56-62
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	62
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-33	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	63
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	33	Antiparasitarios (infecciones)	63, 64
Antibióticos (condiciones oculares)	34, 35	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	64, 65
Antibióticos (infecciones)	35-41	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65, 66
Antibióticos (condiciones cutáneas)	41-43	Antivíricos (SIDA/VIH)	66-69
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	43, 44	Antivíricos (condiciones oculares)	69
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	44	Antivíricos (infecciones)	69-71
Antídotos (abuso de sustancias)	44, 45	Antivíricos (condiciones cutáneas)	71
Antimicóticos (condiciones oculares)	45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	71
Antimicóticos (productos femeninos)	45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	71, 72
Antimicóticos (infecciones)	45, 46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	72
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	46, 47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	73
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	48	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	73
Antihistamínicos (condiciones oculares)	48	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
Antihiper glucémicos (diabetes)	48-52	Productos biológicos (varios)	73
Antiinfecciosos (productos dentales)	52		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	52		
Antiinfecciosos (infecciones)	52		



## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página	Condición	Página
Productos biológicos (condiciones cutáneas)	73	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	102-107
Productos biológicos (vacunas)	73-77	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	108
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	77, 78	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	108
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	78	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	109, 110
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	78-80	Elect./calóricos/H2O (varios)	110
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	81	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	110-117
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	82-86	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	117
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	86-88	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	117
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	88	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	118-123
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	88, 89	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	124
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	89-91	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	124
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	91	Hormonas (agentes hormonales)	124-129
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	91-94	Hormonas (infertilidad)	129, 130
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	94	Hormonas (varias)	130
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	94	Hormonas (productos para la osteoporosis)	130
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	94, 95	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	130
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	95	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	131
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	96, 97	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	131, 132
Diagnóstico (diabetes)	97	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	132-147
Diagnóstico (varios)	98-100	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	148-156
Diuréticos (diuréticos)	100, 101	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	156, 157
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	101, 102	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	157-162
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	102	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	162-166
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	166, 167
		Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	167
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	167-170
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos convulsivos)	170

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	170	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	187
Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	170, 171	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	187
Preparaciones cutáneas (varias)	172	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	188-191
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	172	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	191
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	173-183	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	191, 192
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	183	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	192
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	183	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	192
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	183	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	192
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	184	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	193
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	185	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	193
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	185	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	193, 194
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	185	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	194
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	185	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	194-232
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	185, 186		
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	187		

## 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
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
ALLZITAL	T4	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T2	
<i>butalbital/acetaminophen (Bupap)</i>	T2	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T2	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Fioricet)</i>	T2	
ESGIC ( <i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> )	T4	PA
FIORICET ( <i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> )	T4	PA
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T2	HD
<i>diflunisal</i>	T2	HD
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
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 (Migranal)</i>	T2	ST QL (8 MLS/FILL)
<i>eletriptan hydrobromide (Relpax)</i>	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 (Cafergot)</i>	T2	
FROVA ( <i>frovatriptan succinate</i> )	T4	ST QL (9 TABS/FILL)
<i>frovatriptan succinate (Frova)</i>	T2	QL (9 TABS/FILL)
MIGRANAL ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T4	ST QL (8 MLS/FILL)
<i>naratriptan hcl (Amerge)</i>	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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
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)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
SPRIX	T4	ST QL (5 UNITS/FILL)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<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

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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>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
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<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

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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)</b>		
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>prolata 10-300 mg tablet</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>prolata 5-300 mg tablet</i>	T2	PA QL(DROP)
<i>prolata 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)
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T2	PA QL(DROP)
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T2	PA QL(DROP)
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T2	PA QL(DROP)
TREZIX	T2	PA QL(DROP)
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
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 otfc 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
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<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

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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>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

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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>codeine/butalbitol/asa/caffein</i>	T2	PA QL(DROP)
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<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)
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES</b>		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T2	PA QL(DROP)
<b>ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T4	
<b>ANESTÉSICOS (Varios)</b>		
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN</b>		
<i>desflurane</i>	T2	
<i>isoflurane</i>	T2	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T2	
SUPRANE	T4	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T4	
<b>ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<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	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS</b>		
CETACAINE ANESTHETIC	T4	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T4	
<i>lidocaine 5% aintment</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

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

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS</b>		
<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
<b>ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)</b>		
<i>phenazopyridine hcl (Pyridium)</i>	T2	
<b>ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS</b>		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T2	
GASTROCROM ( <i>cromolyn sodium</i> )	T4	
<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
DISALCID ( <i>salsalate</i> )	T4	HD
<i>salsalate (Disalcid)</i>	T2	HD
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>		
DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T4	PA SP
<i>penicillamine (Cuprimine)</i>	T2	PA SP
<i>penicillamine (Depen)</i>	T2	PA SP
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS</b>		
RASUVO	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS</b>		
ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T4	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>leflunomide (Arava)</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
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
<b>COLCHICINA</b>		
<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
<b>SALES DE ORO</b>		
RIDAURA	T3	
<b>TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA</b>		
<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
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
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
<b>COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2</b>		
DUEXIS ( <i>ibuprofen/famotidine</i> )	T4	ST HD
<i>ibuprofen/famotidine (Duexis)</i>	T2	ST HD
<b>COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO</b>		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T4	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T4	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T4	
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA COX E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>naproxen/esomeprazole mag (Vimovo)</i>	T2	ST HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
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
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<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</i> (Lodine)	T2	HD
FELDENE ( <i>piroxicam</i> )	T4	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)	T2	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	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>meclufenamate sodium</i>	T2	HD
<i>meloxicam 10 mg capsule</i> (Vivlodex)	T2	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>meloxicam 15 mg tablet</i>	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<i>meloxicam 5 mg capsule</i> (Vivlodex)	T2	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<i>meloxicam 7.5 mg tablet</i> (Mobic)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
MOBIC ( <i>meloxicam</i> )	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	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</i> (Ec-Naprosyn)	T2	HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i> (Naprosyn)	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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>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
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)</b>		
<i>celecoxib</i>	T2	HD
<b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>		
<i>probenecid</i>	T2	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T2	HD
<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA</b>		
<i>zileuton</i>	T2	PA HD
ZYFLO	T4	PA HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
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

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

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
ATROVENT HFA	T4	QL(2 INHALERS/FILL) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T2	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<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
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
<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	
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
<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
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS</b>		
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

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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)</b>		
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
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS</b>		
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>breyza 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
<b>ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS</b>		
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)
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL</b>		
ALVESCO 160 MCG INHALER	T4	QL(2 INHALERS/FILL) HD
ALVESCO 80 MCG INHALER	T4	QL(1 INHALER/FILL) HD
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INH	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INH	T3	QL(1 INHALER/FILL) HD
ARNUITY 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

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

<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)</b>		
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</i> (Pulmicort)	T2	QL(120 MLS/FILL) HD
<i>budesonide 0.5 mg/2 ml susp</i> (Pulmicort)	T2	QL(120 MLS/FILL) HD
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp</i> (Pulmicort)	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
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
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
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
FASENRA PEN	T4	PA QL(1 SYRINGE/56 DAYS) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS</b>		
ACCOLATE ( <i>zafirlukast</i> )	T4	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T2	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T2	HD
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T2	HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>		
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
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
<i>acetylcysteine</i>	T2	
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	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
<b>XANTINAS</b>		
ELIXOPHYLLIN	T4	HD
THEO-24	T4	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T2	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>		
<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)
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRODEX ( <i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> )	T4	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T2	
OTOVEL	T4	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>		
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

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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
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	
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
AZASITE	T3	
BACIGUENT ( <i>bacitracin</i> )	T4	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T2	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T2	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	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> (Nigamox)	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-NACL	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

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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)</b>		
<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	
<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
SOLOSEC	T3	QL(1 PACK/FILL)
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
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
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T4	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<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	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<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
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<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

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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CYCLOSERINE	T4	
PRETOMANID	T4	PA
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T4	
<i>rifampin</i>	T2	
RIFATER	T4	
SIRTURO	T4	PA SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T4	PA QL (84 MLS/FILL) SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T2	
<i>cephalexin</i>	T2	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T2	
KEFLEX ( <i>cephalexin</i> )	T4	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T2	
<i>cefprozil</i>	T2	
<i>cefuroxime axetil</i>	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefdinir</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T2	
<i>cefixime</i> (Suprax)	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	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
CLEOCIN HCL ( <i>clindamycin hcl</i> )	T4	
CLEOCIN PEDIATRIC ( <i>clindamycin palmitate hcl</i> )	T4	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T2	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<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	
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<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

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

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<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	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA	T4	
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
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	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T4	QL(12 TABS/FILL)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T3	QL(9 TABS/FILL)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T3	QL(60 TABS/FILL)
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
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
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
TARGADOX	T4	ST
tetracycline hcl	T2	
VIBRAMYCIN	T4	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T4	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline monohydrate</i> )	T4	ST
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE ( <i>vancomycin hcl</i> )	T4	PA QL(40 CAPS/FILL)
VANCOCLIN 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)
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T4	
NEO-SYNALAR	T4	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
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

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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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)
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS</b>		
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 sulfacet-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 9-4.5% wash</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 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 sulfacet-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

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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
<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
<b>ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES</b>		
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	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
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
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
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

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

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES (cont.)</b>		
<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)
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T3	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE 1	T4	
<i>miconazole nitrate</i>	T2	
<i>terconazole</i>	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
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
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
BREXAFEMME	T4	ST QL(4 TABS/FILL)
<i>griseofulvin ultramicrosize</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	
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T2	QL(90 GMS/28 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T2	QL(60 MLS/28 DAYS)
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<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

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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>ciclopirox 8% solution</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
<b>ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T2	
<i>phenylephrine/chlor-tan</i>	T2	
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
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
<b>ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<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	
<b>ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
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
<b>ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T2	
BEPREVE	T2	
<i>epinastine hcl</i>	T2	
LASTACAFT 0.25% EYE DROPS	T4	ST
<b>ANTIISTPERGLUCÉMICOS (Diabetes)</b>		
<b>ANTIISTPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA</b>		
OSENI	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIISTPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)</b>		
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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T3	QL(15 MLS/FILL) HD
XULTOPHY 100-3.6	T3	QL(15 MLS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T4	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA</b>		
MOUNJARO	T3	PA QL(4 PENS/FILL)
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose (Precose)</i>	T2	HD
<i>miglitol</i>	T2	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T4	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T3	PA QL(7 PENS/FILL) HD
SYMLINPEN 60	T3	PA QL(7 PENS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
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 (Glumetza)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab (Fortamet)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 500 mg gastr-tb (Glumetza)</i>	T2	PA QL(120 TABS/FILL) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb (Fortamet)</i>	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 (Riomet)</i>	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

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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
JANUVIA	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
STEGLUJAN	T3	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride (Duetact)</i>	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
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

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T4	ST QL (30 TABS/FILL) HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T3	ST QL (30 TABS/FILL) HD
JARDIANCE	T3	ST QL (30 TABS/FILL) HD
STEGLATRO	T3	ST QL (30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
TRIJARDY XR	T3	ST HD
<b>INSULINAS</b>		
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
<b>INSULINAS (cont.)</b>		
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
<b>ANTIINFECIOSOS (Productos dentales)</b>		
<b>TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL</b>		
ARESTIN	T4	SP HD
<b>ANTIINFECIOSOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIINFECIOSOS (Productos femeninos)</b>		
AVC	T4	
<b>ANTIINFECIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<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

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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T2	
RELAGARD ( <i>acetic acid/oxyquinoline</i> )	T4	
TRIMO-SAN	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS</b>		
tinidazole 250 mg tablet	T2	QL(40 TABS/30 DAYS)
<i>tinidazole 500 mg tablet</i>	T2	QL(20 TABS/30 DAYS)
<b>AMEBICIDAS</b>		
HUMATIN	T4	
<i>paromomycin sulfate</i>	T2	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<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)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
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
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)</b>		
<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)
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<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)
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>glycine urologic solution</i>	T2	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T4	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T4	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T4	
<b>AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS</b>		
<i>formaldehyde</i>	T2	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN 8% KIT	T4	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T2	
<b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF) PEN 40MG, 40MG SYR	T4	PA SP
CYLTEZO(CF) 40MG/0.8ML, 20MG/0.4ML, 10MG/0.2ML SYR, PEN CRH-UC-HS 40MG, PEN PSORIASIS 40MG, PEN 40 MG/0.8 ML	T4	PA SP
ENBREL 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

<b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)</b>		
<b>ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS</b>		
<i>bexarotene (Targretin)</i>	T2	PA SP HD CSL
<b>ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS</b>		
JELMYTO	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)</b>		
FARYDAK	T4	PA QL(6 CAPS/FILL) CSL
ZOLINZA	T4	PA QL(120 CAPS/FILL) SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES</b>		
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
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)</b>		
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
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
<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

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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T4	PA QL (60 TABS/FILL) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
LUMAKRAS	T4	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
<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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)</b>		
<i>everolimus 3 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<i>everolimus 5 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T2	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
<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
<b>AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
VANTAS	T4	PA SP CSL
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
ORGOVYX	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
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

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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
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 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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)</b>		
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 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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T4	PA QL (30 TABS/FILL) SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
<i>etoposide</i>	T2	SP HD CSL
LYSODREN	T3	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T2	CSL
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol 20 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>megestrol 40 mg tablet</i>	T2	CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
AMELUZ	T4	SP
LEVULAN	T4	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
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

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 CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
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)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD</b>		
IMCIVREE	T4	PA QL(6 MLS/30 DAYS) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
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)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD</b>		
BELVIQ	T4	PA
BELVIQ XR	T4	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T4	PA QL(120 TABS/FILL)
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
ORLISTAT	T4	PA QL(90 CAPS/FILL)
XENICAL	T4	PA QL(90 CAPS/FILL)
<b>ANTIPARASITARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
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

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

ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<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	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)</b>		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T2	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<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
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T2	PA
LODOSYN ( <i>carbidopa</i> )	T4	PA
<b>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA</b>		
<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

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

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b>		
AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )	T4	
<i>anagrelide hcl</i>	T2	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T2	
<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
JULUCA	T4	SP
DOVATO	T4	SP
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>		
SUNLENCA	T4	PA SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b>		
SYM TUZA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i> (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i> (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i> (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i> (Truvada)	T2	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T2	SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> (Trizivir)	T2	SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine/zidovudine</i> )	T4	SP
EPZICOM ( <i>abacavir sulfate/lamivudine</i> )	T4	SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T2	SP
TRIZIVIR ( <i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> )	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
<i>maraviroc</i> (Selzentry)	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

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

<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
EDURANT	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<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  
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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.)</b>		
VIREAD 300 MG TABLET ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	T4	SP
VIREAD POWDER	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
KALETRA ( <i>lopinavir/ritonavir</i> )	T4	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<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
<b>ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I</b>		
APRETUDE	T4	PA SP PPACA
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
<b>ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
<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

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

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS</b>		
trifluridine	T2	
ZIRGAN	T4	
<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)</b>		
PAXLOVID 150-100 MG PACK (EUA)	T3	QL(20 TABS/180 DAYS)
PAXLOVID 300-100 MG PACK (EUA)	T3	QL(30 TABS/180 DAYS)
<b>ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA</b>		
LAGEVRIO (EUA)	T3	QL(40 CAPS/180 DAYS)
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
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

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

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)</b>		
<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	
<b>HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.</b>		
VIEKIRA PAK	T4	PA QL(112 TABS/1 DAYS) SP HD
<b>HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
EPCLUSA 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
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</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
VELMIDY	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
<b>VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A</b>		
ZEPATIER	T4	PA QL(28 TABS/FILL) SP HD
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
<b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS</b>		
<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)		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA</b>		
AUVI-Q 0.1MG, 0.15MG, 0.3MG AUTO-INJECTOR	T3	PA QL(2 AUTO-INJS/FILL)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-injct (Epipen Jr 2-Pak)</i>	T2	QL(2 AUTO-INJS/FILL)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-injct (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)		
<b>INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)</b>		
<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)<sup>8</sup>

#### 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
<b>AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<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
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS</b>		
GRASTEK	T3	PA
ODACTRA	T3	PA
ORALAIR	T3	PA
RAGWITEK	T3	PA
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA</b>		
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
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>SUSTITUTO DE TEJIDO DE LA PIEL</b>		
STRATAGRAFT	T4	
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)</b>		
<b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>		
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

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

<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19 (cont.)</b>		
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
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS</b>		
IPOL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	HD PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA
MENQUADFI	T4	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
PREVNAR 20	T3	PPACA
VAXNEUVANCE	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
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

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
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)</b>		
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
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS</b>		
DENGVAXIA	T3	PPACA
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
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
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS</b>		
ABRYSSO 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

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
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)</b>		
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
ZOSTAVAX	T4	PPACA
<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS</b>		
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
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO</b>		
EMPAVELI	T4	PA SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b>		
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
<b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA</b>		
PYRUKYND 20 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
PYRUKYND 20-5 MG TAPER PACK	T4	PA QL(14 TABS/365 DAYS) SP
PYRUKYND 5 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	T4	PA QL(7 TABS/365 DAYS) SP
PYRUKYND 50 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/28 DAYS) SP
PYRUKYND 50-20 MG TAPER PACK	T4	PA QL(14 TABS/365 DAYS) SP
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
DROXIA	T3	
ENDARI	T4	PA
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
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

<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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	
<b>SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T2	HD
<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T2	HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<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
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T4	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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

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

<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
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 XL)	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
<b>INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA</b>		
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

<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b> (cont.)		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS (cont.)</b>		
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	
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
<i>digoxin</i>	T2	HD
<i>digoxin (Lanoxin)</i>	T2	HD
LANOXIN	T4	HD
LANOXIN ( <i>digoxin</i> )	T4	HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
VERQUVO	T3	QL(30 TABS/FILL)
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE</b>		
ADEMPAS	T4	PA QL(90 TABS/FILL) SP HD
<b>ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP</b>		
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
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<i>ambisentan</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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
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 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i>	T1	HD
PRESTALIA	T4	ST HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T2	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
<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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol phosphate (Coreg Cr)</i>	T2	HD
COREG CR ( <i>carvedilol phosphate</i> )	T4	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T2	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
CARDURA 1 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T4	ST QL (30 TABS/FILL) HD
CARDURA 2 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T4	ST QL (30 TABS/FILL) HD
CARDURA 4 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T4	ST QL (30 TABS/FILL) HD
CARDURA 8 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T4	ST QL (60 TABS/FILL) HD
CARDURA XL	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
MINIPRESS ( <i>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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
<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
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid (Exforge Hct)</i>	T2	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid (Tribenzor)</i>	T2	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T3	QL(60 TABS/FILL) HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<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
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine bes/olmesartan med (Azor)</i>	T2	HD
<i>amlodipine besylate/valsartan (Exforge)</i>	T2	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T2	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)</b>		
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T4	HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T4	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
<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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T4	PA
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSEK ( <i>metyrosine</i> )	T4	PA HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T2	PA HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES</b>		
<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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<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
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<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
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<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

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

### CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTRUNA HCT	T3	HD
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
BIDIL ( <i>isosorbide dinit/hydralazine</i> )	T4	
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T2	
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T2	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T2	
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	T2	QL(30 TABS/FILL) HD
ROSZET	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA</b>		
NEXLETOL	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA PUSHTRONEX	T3	PA
REPATHA SURECLICK	T3	PA
REPATHA SYRINGE	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.</b>		
NEXLIZET	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<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
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)</b>		
<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
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<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
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<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

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

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>LIPOTRÓPICOS (cont.)</b>		
<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
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)</b>		
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA</b>		
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T4	HD
<i>memantine hcl (Namenda Xr)</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
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA</b>		
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

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (cont.)</b>		
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T2	PA SP HD
TIGLUTIK	T4	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>		
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
<b>AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA</b>		
NUEDEXTA	T3	PA
<b>XANTINAS</b>		
<i>caffeine citrate</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
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

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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b>		
<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
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.</b>		
<i>dalfampridine (Ampyra)</i>	T2	PA QL(60 TABS/FILL) SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP
RUZURGI	T3	PA
<b>MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)</b>		
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

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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP) (cont.)</b>		
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 (Onfi)</i>	T2	PA HD
<i>clonazepam</i>	T2	HD
<i>clonazepam (Klonopin)</i>	T1	HD
DIASTAT ( <i>diazepam</i> )	T4	HD
DIASTAT ACUDIAL ( <i>diazepam</i> )	T4	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst (Diatat Acudial)</i>	T2	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys (Diatat)</i>	T2	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst (Diatat Acudial)</i>	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 (Carbatrol)</i>	T2	HD
<i>carbamazepine (Tegretol Xr)</i>	T2	HD
<i>carbamazepine (Tegretol)</i>	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
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
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
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<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
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
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 ( <i>ethosuximide</i> )	T4	HD
<i>zonisamide</i>	T2	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T2	HD
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3</b>		
WAKIX 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
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)</b>		
FULPHILA	T4	PA QL(1.2 MLS/30 DAYS) SP
ZIEXTENZO	T4	PA QL(1.2 MLS/30 DAYS) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA</b>		
DOPTLET	T4	PA QL(15 TABS/FILL) SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD
<b>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)</b>		
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b>		
ANNOVERA	T4	ST QL(1 RING/365 DAYS) PPACA
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T2	PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T4	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T4	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T4	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	T2	QL(1 ML/90 DAYS) PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>		
BEYAZ ( <i>drosipir/eth estra/levomefol ca</i> )	T4	ST HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> (Mircette)	T2	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>drosipir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T2	HD PPACA
<i>drosipir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T2	HD PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
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.estrad</i> (Loseasonique)	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i> (Quartette)	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</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
<b>NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL</b>	T2	HD PPACA
<b>YAZ</b> ( <i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> )	T4	ST HD PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA
MIRENA	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>		
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

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 LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate</i>	T2	
<b>COMBINACIONES DE DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>	T2	
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
BROMFED DM ( <i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> )	T4	
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T2	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T2	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
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	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<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
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN (cont.)</b>		
ZODRYL AC 60	T4	
ZODRYL AC 80	T4	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
HYCODAN	T4	
HYCODAN ( <i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> )	T4	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>	T2	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T2	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN DAC	T4	
<i>pseudoephed/codeine/guaifen</i>	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	
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
<i>codeine phosphate/guaifenesin</i>	T2	
CODITUSSIN AC	T4	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T4	
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml</i>	T2	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T4	
MAR-COF CG	T4	
NINJACOF-XG	T4	
OBREDON	T4	PA
<b>DIAGNÓSTICO (Diabetes)</b>		
<b>DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE</b>		
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

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

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)</b>		
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	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA</b>		
MACRILEN	T4	QL(2 PACKS/365 DAYS) SP HD
METOPIRONE	T4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES</b>		
XENON XE-133	T4	
<b>ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS</b>		
INDICLOR	T4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>		
CYSTO-CONRAY II	T4	
CYSTOGRAFIN	T4	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>		
KETONE CARE TEST STRIP	T3	
KETONE TEST STRIP	T3	
KETOSTIX REAGENT	T3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T3	
<b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS</b>		
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
<b>ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA</b>		
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

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA (cont.)</b>		
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	
<b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>		
<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
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>acetazolamide</i>	T2	HD
<i>methazolamide</i>	T2	HD
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>		
<i>bumetanide</i>	T2	HD
EDECIN ( <i>ethacrynic acid</i> )	T4	ST HD
<i>ethacrynic acid (Edecrin)</i>	T2	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide (Lasix)</i>	T1	HD
LASIX ( <i>furosemide</i> )	T4	ST HD
<i>torseamide</i>	T2	HD
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP</b>		
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

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

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP (cont.)</b>		
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
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
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
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
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
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<i>chlorthalidone</i>	T2	HD
DIURIL	T4	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T2	HD
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIISTAMÍNICOS NASALES</b>		
<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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIISTAMÍNICOS NAALES (cont.)</b>		
<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
<b>COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
<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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
<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
<b>PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
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
<b>PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T4	
<i>epinephrine hcl</i>	T2	
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>fluocinolone acetonide oil</i> )	T4	
<i>fluocinolone acetonide oil (Dermotic)</i>	T2	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<i>acetic acid</i>	T2	
CORTANE-B ( <i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i> )	T4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T2	
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>		
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

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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
KLARITY (CHONDROITIN)	T4	
LACRISERT	T4	PA QL(60 INSERTS/FILL)
<b>ANTIINFECIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)</b>		
BETADINE	T4	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS</b>		
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

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
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
<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
<b>IRRIGACIÓN OCULAR</b>		
<i>balanced salt irrig soln no.2</i>	T2	
BSS PLUS	T4	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
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	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
cromolyn 4% eye drops	T2	
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T4	
OMIDRIA	T4	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T4	
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T2	
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
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
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)</b>		
<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 maleate (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 Ocodose)</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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)</b>		
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
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T2	HD
ATROPINE SULFATE 0.01% EYE DRP	T4	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T4	HD
CYCLOGYL	T4	HD
CYCLOGYL (cyclopentolate hcl)	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
<b>ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.</b>		
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

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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
BEOVU	T4	PA SP
BEVACIZUMAB	T4	SP
LUCENTIS	T4	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOMYCIN	T4	
MITOSOL	T4	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
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
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTARAN	T4	PA SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T4	PA SP HD
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
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	
<b>ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA</b>		
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
<b>SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES</b>		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
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

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 (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)</b>		
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 (Glucose-15)</i>	T2	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glucose-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 (Glucose-15)</i>	T2	
<i>dextrose (Glucose-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

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 (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
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	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b>		
XURIDEN	T4	PA SP
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)</b>		
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
ENFAMIL	T3	
GLUTOL	T3	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
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

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 (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)</b>		
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 ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T4	QL(180 PACKS/FILL)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T4	QL(90 PACKS/FILL)
REVELA 800 MG TABLET ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T4	QL(270 TABS/FILL)
<i>sevelamer 0.8 gm powder packet</i> (Renvela)	T2	QL(180 PACKS/FILL)
<i>sevelamer 2.4 gm powder packet</i> (Renvela)	T2	QL(90 PACKS/FILL)
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i> (Renvela)	T2	QL(270 TABS/FILL)
<i>sevelamer hcl 400 mg tablet</i>	T2	QL(90 TABS/FILL)
<i>sevelamer hcl 800 mg tablet</i> (Renagel)	T2	QL(270 TABS/FILL)
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T2	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T2	
VELPHORO	T3	QL(120 TABS/FILL)
VELTASSA	T3	QL(30 PACKS/FILL)
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	T4	
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	PPACA
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	
<i>fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)</i>	T2	
<i>fluoride (sodium) (Prevident)</i>	T2	
FLUORIDEX	T4	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT ( <i>fluoride (sodium)</i> )	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS ( <i>fluoride (sodium)</i> )	T4	
<i>sodium fluoride 0.2% rinse</i> (Prevident)	T2	
<i>sodium fluoride 1.1% cream</i> (Prevident 5000 Plus)	T2	
<i>sodium fluoride 1.1% gel</i> (Prevident)	T2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream</i> (Prevident 5000 Plus)	T2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm paste</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

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 (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
<i>potassium iodide</i>	T2	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T2	
SSKI	T4	
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>		
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	
FERRETTS 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

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
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
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
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 (Hemocytel 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

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
<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

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
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 (Ferrlecit)</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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<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
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T4	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T4	
<i>effer-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

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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)</b>		
<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	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)</b>		
<b>SOLUCIONES PARA DIÁLISIS</b>		
<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	
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
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
<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<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

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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
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
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<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	
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i>	T2	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>		
XERMELO	T4	PA QL(84 TABS/28 DAYS) SP
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<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	
<b>ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T2	PA
MARINOL ( <i>dronabinol</i> )	T4	PA
SYNDROS	T4	PA
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
<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

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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)</b>		
<i>aprepitant 40 mg capsule (Emend)</i>	T2	QL(1 CAP/FILL)
<i>aprepitant 80 mg capsule (Emend)</i>	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 (Diclegis)</i>	T2	QL(120 TABS/FILL)
EMEND 150 MG VIAL ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	T4	
<i>fosaprepitant dimeglumine (Emend)</i>	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	
<i>ondansetron</i>	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 (Compazine)</i>	T2	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T2	
<i>promethazine hcl</i>	T2	
SANCUSO	T4	QL(1 PATCH/FILL)
<i>scopolamine (Transderm-Scop)</i>	T2	
TIGAN ( <i>trimethobenzamide hcl</i> )	T4	
<i>trimethobenzamide hcl (Tigan)</i>	T2	
VARUBI	T3	QL(2 TABS/FILL)
ZUPLENZ	T4	QL(10 FILMS/FILL)
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CARAFATE ( <i>sucralfate</i> )	T4	HD
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T4	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T2	HD
<i>sucralfate (Carafate)</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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<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	
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
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 (Donnatal)</i>	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop (Phenobarbital-Belladonna)</i>	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i>	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir (Donnatal)</i>	T2	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR ( <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> )	T4	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir (Phenobarbital-Belladonna)</i>	T2	HD
SYMAX DUOTAB	T4	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
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

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
<b>SALES BILIARES</b>		
<i>ursodiol (Urso Forte)</i>	T2	HD
<i>ursodiol (Urso)</i>	T2	HD
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
<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	
ROWASA ( <i>mesalamine w/cleansing wipes</i> )	T4	
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T4	
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
APRISO ( <i>mesalamine</i> )	T4	HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine</i> )	T4	HD
<i>balsalazide disodium (Colazal)</i>	T2	HD
COLAZAL ( <i>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
PENTASA 250 MG CAPSULE	T3	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE ( <i>mesalamine</i> )	T4	HD
<i>sulfasalazine (Azulfidine)</i>	T2	HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OCALIVA	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
VOWST CAPSULE	T4	SP
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T4	PA SP
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>		
<i>cimetidine</i>	T2	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T2	HD
<i>famotidine</i>	T2	HD
<i>famotidine (Pepcid)</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T2	HD
PEPCID ( <i>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
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
VIBERZI	T3	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
LINZESS	T3	QL(30 CAPS/FILL)
TRULANCE	T3	
<b>INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)</b>		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLETT	T4	PA QL(120 PELLETS/FILL) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T4	PA QL(150 CAPS/FILL) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLETT	T4	PA QL(30 PELLETS/FILL) SP HD
LIVMARLI	T4	PA SP
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
REGLAN ( <i>metoclopramide hcl</i> )	T4	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT<sub>3</sub></b>		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T2	SP HD
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
<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
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
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

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
<i>alvimopan</i>	T2	
ENTEREG	T4	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T3	HD
PANCREAZE	T3	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<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
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<i>hydrocortisone acetate (Anusol-Hc)</i>	T2	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T2	
PROCTOCORT ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	T4	ST
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
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

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

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>		
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	
<b>HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>		
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T4	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T2	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	
<b>HORMONAS (Agentes hormonales)</b>		
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
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

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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (AndroGel)	T2	PA QL(300 GMS/FILL)
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (AndroGel)	T2	PA QL(60 PACKS/FILL)
testosterone 1.62% gel pump (AndroGel)	T2	PA QL(150 GMS/FILL)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt (AndroGel)	T2	PA QL(30 PACKS/FILL)
testosterone 10 mg gel pump (Fortesta)	T2	PA QL(120 GMS/FILL)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T4	PA QL(300 GMS/FILL)
testosterone 12.5 mg/1.25 gram	T2	PA QL(300 GMS/FILL)
testosterone 30 mg/1.5 ml pump	T2	PA QL(180 MLS/FILL)
testosterone 50 mg/5 gram gel (Testim)	T2	PA QL(60 TUBES/FILL)
testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)	T2	PA QL(60 TUBES/FILL)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T4	PA QL(300 GMS/FILL)
testosterone cypionate	T2	PA
testosterone cypionate (Depo-Testosterone)	T2	PA
testosterone enanthate	T2	PA
TESTRED (methyltestosterone)	T4	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T4	PA QL(300 GMS/FILL)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (testosterone)	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)
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP (desmopressin (nonrefrigerated))	T4	
DDAVP (desmopressin acetate)	T4	
desmopressin 0.01% solution (Ddavp)	T2	
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T3	
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr (Ddavp)	T2	
desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)	T2	
desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)	T2	
NOCDURNA	T4	PA QL(30 TABS/FILL)
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
estrogen,ester/me-testosterone	T2	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA (estradiol/norethindrone acet)	T4	HD
CLIMARA (estradiol)	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

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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>		
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
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T4	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T3	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<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

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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
<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	
MEDROL ( <i>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
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
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

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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPPO	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T4	PA SP HD
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
SYNAREL	T4	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
MYFEMBREE	T3	PA
ORIAHNN	T3	PA
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<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
ORLISSA 150 MG TABLET	T3	PA QL (30 TABS/FILL)
ORLISSA 200 MG TABLET	T3	PA QL (60 TABS/FILL)
<b>SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL</b>		
SUPPRELIN LA	T4	PA SP HD
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T4	
<i>methylergonovine maleate</i>	T2	PA QL (240 TABS/FILL)
PREPIDIL	T4	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T4	
<b>HORMONAS PARATIROIDEAS</b>		
NATPARA	T4	PA SP HD
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<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

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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
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
<b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>		
MYCAPSSA	T4	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T4	PA SP QL (56 caps/28 days)
SIGNIFOR	T4	PA SP
<b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>		
<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
<b>HORMONAS (Infertilidad)</b>		
<b>PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH</b>		
<i>clomiphene citrate</i>	T2	
<b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>		
MENOPUR	T4	SP
<b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>		
FOLLISTIM AQ	T4	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT 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

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

<b>HORMONAS (Infertilidad) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG) (cont.)</b>		
NOVAREL 10,000 UNIT VIAL	T4	QL(3 VIALS/FILL) SP
NOVAREL 5,000 UNIT VIAL	T4	QL(6 VLS/FILL) SP
OVIDREL	T4	SP
PREGNYL	T4	ST QL(3 VIALS/FILL) SP
<b>AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES</b>		
CRINONE	T4	
ENDOMETRIN	T3	
<b>HORMONAS (Varias)</b>		
<b>ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA</b>		
MYALEPT	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T4	PA QL(1 PEN/FILL) SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T2	HD
<i>calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)</i>	T2	HD
MIACALCIN ( <i>calcitonin, salmon, synthetic</i> )	T4	HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-12/13), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
STELARA	T4	PA QL(DROP) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL(1 CARTRIDGE/56 DAYS) SP HD
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)</b>		
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

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

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS</b>		
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)
<b>INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)</b>		
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
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

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

## Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
<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)		
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>		
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	
ACCUTREND 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

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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
AUTOLET PLUS	T3	
AUTOPEEN	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	
CEQUR SIMPLICITY	T3	
CEQUR 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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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

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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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

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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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  
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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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

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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T4	
SOLUS 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

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
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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	
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA</b>		
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

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
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>		
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

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
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>		
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	
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS</b>		
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

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
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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

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
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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

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
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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

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
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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

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
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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

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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS</b>		
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

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
<b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)</b>		
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	
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)</b>		
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

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
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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

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
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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

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
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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	
SMARTTEST LANCET	T3	
SOFT TOUCH	T3	
SOLUS V2	T3	
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCETL	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
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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	
<b>SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS</b>		
ALCOH-GLOVE	T4	
ALCOH-WIPE	T4	
<b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL</b>		
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
<b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)</b>		
PSV SET	T4	
Q-SYTE	T3	
SILHOUETTE	T3	
SURE-T	T3	
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS</b>		
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

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

<b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
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	
<b>RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>IMPLANTES PARA AUMENTO DEL VOLUMEN DE TEJIDO - ANORRECTAL</b>		
SOLESTA	T4	
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS- CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO</b>		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T4	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T4	
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS</b>		
<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

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

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<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	
<b>VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES</b>		
<i>BAL-CARE DHA ESSENTIAL</i>	T4	
<i>BRAINSTRONG PRENATAL</i>	T4	
<i>CADEAU DHA</i>	T4	
<i>CITRANATAL 90 DHA</i>	T4	
<i>CITRANATAL ASSURE</i>	T4	
<i>CITRANATAL B-CALM</i>	T4	
<i>CITRANATAL DHA</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

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

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
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	
OBTRES 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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
<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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
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 acid</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

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

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
<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
<b>VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO</b>		
CVS PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
TRINAZ	T4	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup></b>		
<b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON ( <i>mirtazapine</i> )	T4	HD
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
<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	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T2	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
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	
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>		
EMSAM	T4	
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>		
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
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 CAPS/FILL) SP HD
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>		
<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

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) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)</b>		
<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
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
<i>nefazodone hcl</i>	T2	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
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

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

<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>9</sup> (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)</b>		
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
<b>SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A</b>		
<i>vilazodone hcl (Viibryd)</i>	T2	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T4	ST QL(30 TABS/FILL) HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T2	HD
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T2	HD
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
<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)<sup>8</sup> (cont.)

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

#### 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

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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<i>methylphenidate 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)<sup>8</sup>

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

<i>pimozide</i>	T2	
-----------------	----	--

#### ANTIPSICÓTICOS, 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

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 (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
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

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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
<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</i> (Risperdal)	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 1 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i> (Risperdal)	T2	
<i>risperidone 2 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 3 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL(60 TABS/FILL)
<i>risperidone 4 mg tablet</i> (Risperdal)	T1	QL(60 TABS/FILL)
SECUADO	T4	QL(30 PATCHES/FILL)
VERSACLOZ	T4	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T2	QL(60 CAPS/FILL)
ZYPREXA ( <i>olanzapine</i> )	T4	QL(30 TABS/FILL)
ZYPREXA ZYDIS ( <i>olanzapine</i> )	T4	QL(30 TABS/FILL)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
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)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
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</i> (Abilify)	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL(30 TABS/FILL)
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i> (Abilify)	T1	QL(30 TABS/FILL)
REXULTI	T4	QL(30 TABS/FILL)
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>loxapine succinate</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<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) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T2	
<i>fluphenazine hcl</i>	T2	
<i>perphenazine</i>	T2	
<i>thioridazine hcl</i>	T2	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T2	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T2	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T2	
SYMBYAX ( <i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> )	T4	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)</b>		
<b>NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A</b>		
ZTALMY	T4	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T2	PA QL(30 TABS/FILL)
<i>modafinil 100 mg tablet</i> (Provigil)	T2	PA QL(30 TABS/FILL)
<i>modafinil 200 mg tablet</i> (Provigil)	T2	PA QL(60 TABS/FILL)
SUNOSI	T3	PA QL(30 TABS/FILL)
<b>SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
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
<b>BARBITÚRICOS</b>		
<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  
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

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
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)
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
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 SYRUP	T4	
RESTORIL ( <i>temazepam</i> )	T4	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T2	
<i>triazolam</i>	T2	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T2	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
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

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>IRRIGANTES</b>		
<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	
<b>AGENTES OXIDANTES</b>		
<i>hydrogen peroxide</i>	T2	
<b>CONSERVANTES</b>		
<i>formaldehyde</i>	T2	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS</b>		
<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
<b>ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
<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

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 CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS</b>		
ABSORICA (isotretinoin)	T4	ST
isotretinoin (Absorica)	T2	
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>		
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	
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
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)
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
<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)
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<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 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
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS (cont.)</b>		
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)
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
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	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
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
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)</b>		
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	
<b>ANTISÉPTICOS, VARIOS</b>		
GUAIACOL	T3	
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGANEX	T3	QL(15 GMS/FILL)
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>imiquimod</i>	T2	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T2	
<b>RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES</b>		
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

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
CIBINQO	T4	PA QL(30 TABS/30 DAYS) SP
<b>COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES</b>		
VANOXIDE-HC	T4	ST
<b>QUERATOLÍTICOS</b>		
<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
<b>PROTECTORES</b>		
PHARMABASE BARRIER ( <i>zinc oxide</i> )	T4	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T2	
ZINC OXIDE PASTE	T3	
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<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
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)</b>		
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)
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T4	
SURGISEAL STYLUS	T4	
SURGISEAL TEARDROP	T4	
SURGISEAL TWIST	T4	
TISSEEL VHSD	T4	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T4	ST QL (120 GMS/30 DAYS)
<b>AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO</b>		
AKLIEF	T4	PA ST
ARAZLO	T4	PA
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
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	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T4	ST QL (30 GMS/FILL)
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<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

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
DERMA-SMOOTHÉ-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-Smoothé-Fs)	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T2	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smoothé-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

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T2	
<i>malathion (Ovide)</i>	T2	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T4	
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS</b>		
OPZELURA	T4	PA QL (240 GMS/28 DAYS)
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<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
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS (cont.)</b>		
iodine/sodium iodide	T2	
IODOFLEX	T4	
IODOSORB	T4	
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
<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)
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
SANTYL	T3	QL(180 GMS/FILL)
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<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

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)</b>		
<i>tretinoin microspheres (Retin-A Micro Pump)</i>	T2	PA
<i>tretinoin microspheres (Retin-A Micro)</i>	T2	PA
TRETIN-X	T4	PA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)<sup>8</sup></b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICOTROL	T4	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
NICOTROL NS	T4	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
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
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T2	QL(180 DS/365 DAYS) PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole (Tapazole)</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T2	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T4	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ARMOUR THYROID	T3	HD
ERMEZA SOLUTION	T4	ST HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	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
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
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

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 (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN</b>		
BRONCHITOL	T4	PA SP HD
<b>FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR</b>		
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)
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)</b>		
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL(56 TABS/FILL) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP 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
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T4	
INFASURF	T4	
SURFAXIN	T4	
SURVANTA	T4	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T4	PA QL(60 CAPS/FILL) SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
JOENJA 70 MG TABLET	T4	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE 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
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)

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
<b>INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO</b>		
TAVALISSE	T4	PA QL(60 TABS/FILL) SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP HD
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
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)
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)</b>		
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>leucovorin calcium</i>	T2	CSL
MESNEX	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL(20 PACKS/30 DAYS) SP CSL
<b>AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
SCLEROSOL	T4	CSL
STERILE TALC	T4	CSL
STERITALC	T4	CSL
<b>RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO</b>		
SODIUM IODIDE I-123	T4	CSL
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate (Peridex)</i>	T1	
PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> )	T4	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	T2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T2	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)</b>		
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)</b>		
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  
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 (Disfunción eréctil) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)</b>		
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>varденаfil 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>varденаfil hcl</i>	T2	PA QL(8 TABS/FILL)
<i>varденаfil 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

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 (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2</b>		
TYRVAYA	T4	PA
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO</b>		
PROTHELIAL	T4	
SILATRIX	T4	
<b>KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS</b>		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
GELCLAIR	T4	
GELX	T4	
MUGARD	T4	SP
ORAMAGICRX	T4	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
EPISIL	T4	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T4	
AQUORAL	T4	
BOCASAL	T4	
CAPHOSOL	T4	
MUCOSITISRX	T4	
NEUTRASAL	T4	
NUMOISYN	T4	
SALIVAMAX	T4	
XEROSTOMIA RELIEF	T4	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<i>doxercalciferol</i>	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
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T4	
<i>mifepristone</i>	T2	
<b>AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
KEVEYIS	T4	PA SP
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
CARBAGLU	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i>	T2	PA SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
TEGSEDI	T4	PA SP HD QL (4 syr/28 days)
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	T2	
<i>disulfiram</i>	T2	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
<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
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
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)
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T2	PA SP
<b>KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS</b>		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T2	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<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

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
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T2	PA SP HD
<b>ALÉRGENOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS</b>		
T.R.U.E. TEST	T4	
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
HYPER-SAL	T4	
<i>nebusal 3% vial</i>	T2	
NEBUSAL 6% VIAL	T4	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T2	
<b>TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN</b>		
EVRYSDI	T4	PA QL(240 MLS/FILL) SP HD
<b>MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS</b>		
VERTIGOHEEL	T4	
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
paroxetine mesylate (Brisdelle)	T2	ST QL(30 CAPS/FILL) HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>		
STRENSIQ	T4	PA SP
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>		
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

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
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T4	PA QL(15 CAPS/FILL) SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
KUVAN ( <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
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
<b>SOLVENTES</b>		
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>eqi isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>eqi 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
<b>SOLVENTES (cont.)</b>		
<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	
<b>EXCIPIENTES</b>		
GELFILM	T4	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>		
<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)		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
FORTEO	T4	PA QL(1 PENS/28 DAYS) SP HD
TERIPARATIDE	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T4	ST QL(4 TABS/28 DAYS) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
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

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 (Productos para la osteoporosis)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA (cont.)</b>		
<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

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 (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES</b>		
<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	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO</b>		
REZUROCK	T4	PA QL(30 TABS/FILL) SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN</b>		
<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
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl (Jalyn)</i>	T2	ST HD
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
JALYN ( <i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> )	T4	ST HD
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA</b>		
CYSTAGON	T4	SP
<b>AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES</b>		
THIOLA EC	T4	PA SP
<i>tiopronin (Thiola)</i>	T2	PA SP
<b>AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3</b>		
GEMTESA	T4	HD
MYRBETRIQ	T3	HD
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	T2	HD
<i>solifenacin succinate (Vesicare)</i>	T2	HD
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
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 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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)</b>		
<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 XL)</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>trospium chloride</i>	T2	HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)</b>		
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<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	
<b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES</b>		
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>eql 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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)</b>		
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	
<b>BIOFLAVONOIDES</b>		
<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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS</b>		
<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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS (cont.)</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
<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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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>lmeffolate/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
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<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	
<b>MULTI-VITE</b>	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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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	
one-daily multi-vitamin tab	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
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 (Support-500)</i>	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
<b>PREPARACIONES DE NIACINA</b>		
<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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE PANTENOL</b>		
CALCIUM PANTOTHENATE	T4	
PANTETHINE	T4	
<i>pantothenic acid (vit b5)</i>	T2	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
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 ( <i>multivitamin</i> )	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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
<i>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 syring</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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)</b>		
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 sftgl</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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</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 (Virt-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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
B COMPLEX-FOLIC ACID ( <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i> )	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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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
FOLTIX	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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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
VIRT-CAPS ( <i>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 b 12/levomefolate/vit b6/b2 (Cerefolin)</i>	T2	HD
VITA-BEE WITH C ( <i>folic acid/vit b complex and c</i> )	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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B1</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B2</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
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	
VITAJEY 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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
<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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<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 sfgl</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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
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 sfgl</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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)</b>		
<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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
AQUA-K CONCENTRATE	T4	
K1-1000	T4	
K2 LIQUID	T4	
K2-45	T4	
MEPHYTON ( <i>phytonadione (vit k1)</i> )	T4	QL(10 TABS/FILL)
<i>phytonadione (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	
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
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

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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
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 medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

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

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

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser medicamento 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
ARNUIVY 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	BENZEPTO .....	176
<b>B</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	<b>C</b>	
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
buspirone .....	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	<b>D</b>	
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
<b>E</b>		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
<b>F</b>		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	<b>G</b>	
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	<b>H</b>	
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	<b>I</b>	
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

### J

JAKAFI ..... 57  
 JALYN ..... 193  
 JANSSEN COVID-19 VACCINE ..... 73  
 JANUMET ..... 50, 51  
 JANUVIA ..... 50  
 JARDIANCE ..... 51  
 JATENZO ..... 124  
 JELMYTO ..... 55  
 JOENJA ..... 184  
 JORNAY ..... 166  
 JUBLIA ..... 47  
 JULUCA ..... 66  
 JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ..... 210  
 JUSTRIGHT 5000 ..... 108, 111  
 JUXTAPID ..... 86  
 JYNARQUE ..... 100, 101  
 JYNNEOS ..... 76

### K

K1-1000 ..... 231  
 K2 ..... 225, 227, 231  
 KADIAN ..... 23  
 KALETRA ..... 68  
 KALYDECO ..... 184  
 KAPVAY ..... 166  
 KARBINAL ..... 48  
 KEFLEX ..... 37  
 KENALOG ..... 180  
 KENDALL ..... 144, 148  
 KENDALL DISINFECTANT CAP ..... 144  
 KERENDIA ..... 101  
 KESIMPTA ..... 90  
 KETAMINE ..... 171  
 ketoconazole ..... 46, 47  
 ketodan ..... 47  
 KETO-DIASTIX REAGENT ..... 99, 100  
 KETONE CARE TEST STRIP ..... 99  
 KETONE TEST STRIP ..... 98, 99  
 ketoprofen ..... 28  
 ketorolac ..... 21, 103  
 KETOSTIX REAGENT ..... 99  
 KEVEYIS ..... 188  
 KIDS COD LIVER OIL ..... 210  
 KIDS MULTIVITAMIN ..... 211  
 KINRIX ..... 76  
 KISQALI ..... 59  
 KITABIS PAK ..... 35  
 KLARITY ..... 34, 103, 107

KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR) ..... 34  
 KLARON ..... 173  
 KLOXXADO ..... 44  
 KOSELUGO ..... 57  
 KOSHER PRENATAL ..... 158  
 K-PAX ..... 201  
 K-PHOS ..... 117  
 KPN PRENATAL ..... 158  
 kpn tablet ..... 158  
 KRINTAFEL ..... 53  
 KRISTALOSE ..... 122  
 kroger glucose ..... 110  
 kro glucose ..... 110  
 kro isopropyl alcohol 91% ..... 190  
 k-tab ..... 116  
 K-TAB ..... 116  
 KUVAN ..... 190  
 KYLEENA ..... 95  
 KYNMOBI ..... 64

### L

labetalol ..... 82  
 LABSTIX REAGENT ..... 100  
 lacosamide ..... 92  
 LACRISERT ..... 103  
 lactulose ..... 118, 122  
 LAGEVRIO ..... 69  
 LAMICTAL ..... 92  
 lamivudine ..... 66, 67, 70  
 lamivudine/zidovudine ..... 66  
 lamotrigine ..... 92  
 lancets ..... 149, 151  
 LANCETS ..... 149, 150, 151, 152, 153  
 LANCETS THIN ..... 151  
 LANCETS ULTRA THIN ..... 151  
 LANCING DEVICE ..... 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139  
 LANCING SYSTEM ..... 136  
 LANOXIN ..... 80  
 lansoprazole ..... 120, 123  
 lansoprazole/amoxicilin/clarith ..... 120  
 lanthanum carbonate ..... 111  
 LANZO ..... 136  
 lapatinib ditosylate ..... 59, 61  
 LASIX ..... 100  
 LASTACFT ..... 48  
 latanoprost ..... 105  
 LATANOPROST ..... 105, 106  
 LATUDA ..... 168  
 LAZANDA ..... 23  
 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/zn/sel/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
<b>M</b>		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.VI. 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
<b>N</b>		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	NUDEXTA .....	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	<b>O</b>	
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	<b>P</b>	
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-ALPROSTD	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	<b>R</b>	
PROTOPIC .....	131	ra .....	110, 115, 160, 161, 175, 191, 196, 206, 209, 213, 216, 220, 223, 227, 230
protriptiline .....	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
<b>Q</b>		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
<b>S</b>		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 quint's .....	217	SYMPROIC .....	44
SUPER THIN LANCETS .....	151, 153	SYMTOZA .....	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	<b>T</b>	
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
TERSI 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	TOBREX .....	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
<b>U</b>		<b>V</b>	
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	VECAMEYL .....	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
<b>W</b>		XVITE .....	218
WAKIX .....	94	XYOSTED .....	125
warfarin .....	43	XYREM .....	170
water .....	106, 172	XYWAV .....	170
WAVESENSE .....	139	XYZBAC .....	207
WEBCOL .....	175	<b>Y</b>	
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	<b>Z</b>	
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
<b>X</b>		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 le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.*
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan.

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

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

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

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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