



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

Para el estado de California

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

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

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

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

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

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

975746SP b CA NPF 5-Tier Specialty 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	137
Índice de medicamentos	138

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



Aplicación myCigna¹ o myCigna.com. Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



Cigna.com/druglist. Seleccione **National Preferred 5 Tier Specialty** (National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si Cigna Healthcare no responde a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan cubra su medicamento, Cigna Healthcare no puede limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

puede imponer un requisito de autorización previa para que continúe la cobertura de un medicamento con receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea 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.

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,

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

P. ¿Qué es el costo compartido?

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

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

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

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁴

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez⁶
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O

2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁶ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

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

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional⁵
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

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

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

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

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

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

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.⁴ Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame al **877.826.7657** para obtener más información. Sus

representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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

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

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

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

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

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

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

R. Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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, del Nivel 4 y del Nivel 5.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su cobertura de farmacia. También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.²
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

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

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

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

- **Para los planes con copagos:** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

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

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes *(cont.)*

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

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

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

Palabras que quizás necesite conocer

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

Nivel 1	Medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos de marca preferida. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.	\$\$
Nivel 3	Medicamentos de marca no preferida. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida.	\$\$\$
Nivel 4	Medicamentos de especialidad preferidos. Estos medicamentos generalmente cuestan menos que los medicamentos de especialidad no preferidos.	\$\$\$\$
Nivel 5	Medicamentos de especialidad no preferidos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Los medicamentos de especialidad no preferidos generalmente tienen una alternativa preferida.	\$\$\$\$\$

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos

Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

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

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-23	Antiinfecciosos/Varios (varios)	46
Analgésicos (condiciones urinarias)	23	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	46
Anestésicos (varios)	23	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	46, 47
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23, 24	Antineoplásicos (cáncer)	46-52
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	52
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	24	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	52, 53
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24-26	Antiparasitarios (infecciones)	53
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	26-28	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	53, 54
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	29	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	54, 55
Antibióticos (condiciones oculares)	29, 30	Antivíricos (SIDA/VIH)	55-57
Antibióticos (infecciones)	30-36	Antivíricos (condiciones oculares)	57
Antibióticos (condiciones cutáneas)	36-38	Antivíricos (infecciones)	57-59
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38	Antivíricos (condiciones cutáneas)	59
Antídotos (condiciones gastrointestinales/pirosis)	38	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	59
Antídotos (abuso de sustancias)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	59, 60
Antimicóticos (condiciones oculares)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	60
Antimicóticos (productos femeninos)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	60, 61
Antimicóticos (infecciones)	39, 40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	61
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	40, 41	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	61
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	41	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	61
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	41	Productos biológicos (varios)	61
Antihistamínicos (condiciones oculares)	42	Productos biológicos (vacunas)	61-63
Antihiperoglucémicos (diabetes)	42-44	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	63, 64
Antiinfecciosos (productos dentales)	45	Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	64
Antiinfecciosos (infecciones)	45	Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	45		
Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	45, 46		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	67, 68	Hormonas (varias)	107
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68-72	Hormonas (productos para la osteoporosis)	108
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	72, 73	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	73, 74	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	74	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	108, 109
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	74, 75	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	109-111
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	75	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	111, 112
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	76-78	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	112, 113
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	78	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	113
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	78	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	113-116
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	78-84	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	116, 117
Anticonceptivos (varios)	84	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	117, 118
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	84-86	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	118, 119
Diagnóstico (diabetes)	86	Preparaciones cutáneas (varias)	119
Diagnóstico (varios)	86, 87	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	119
Diuréticos (diuréticos)	87, 88	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	119-126
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	88, 89	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	126, 127
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	89	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	127
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	90-94	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	128
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	94	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	128
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	94, 95	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	128, 129
Elect./calóricos/H2O (varios)	95	Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	129
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	95, 96	Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	129
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	96	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	129
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	96, 97	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	129, 130
Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	97-103	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	130
Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	103		
Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	103		
Hormonas (agentes hormonales)	103-107		
Hormonas (infertilidad)	107		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	130-132
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	132
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	132, 133
Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	133
Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	133
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	133
Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	134

Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	134
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	134, 135
Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	135
Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	135, 136

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>mefenamic acid</i>	T1	
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetaminophen w/codeine</i>	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>hydrocodone w/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet hd</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet plus</i> (Norco)	T1	PA QL
LORTAB	T3	PA QL
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>tramadol hcl-acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	PA QL
TYLENOL W/CODEINE (<i>acetaminophen-codeine</i>)	T3	PA QL
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	PA QL
<i>vicodin hp</i>	T1	PA QL
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone w/aspirin</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl</i>)	T3	ST QL (90 Units/63 Days)
ARYMO ER	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
BELBUCA	T2	ST QL
<i>belladonna & opium</i>	T1	PA QL
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>codeine</i>	T1	PA QL
CONZIP	T3	ST QL (30 Units/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>diskets</i>	T1	
DOLOPHINE HCL (<i>methadone hcl</i>)	T3	ST
DSUVIA	T5	SP
<i>fentanyl</i>	T1	QL (15 Units/23 Days)
<i>fentanyl</i> (Actiq)	T1	QL (90 Units/63 Days)
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	QL (15 Patches/23 Days)
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro ER)	T1	QL (90 Units/23 Days)
<i>hydromorphone er</i>	T1	QL (60 Tabs/23 Days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER	T2	ST QL (60 Units/23 Days)
KADIAN (<i>morphine er</i>)	T3	ST QL (90 Caps/23 Days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA QL
<i>methadone hcl</i> (Dolophine Hcl)	T1	
<i>methadose</i>	T1	
<i>morphine</i>	T1	PA QL
MORPHINE	T3	PA QL
<i>morphine cr</i> (Ms Contin)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
<i>morphine er</i> (Kadian)	T1	QL (90 Caps/23 Days)
<i>morphine er</i> (MS Contin)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
MS CONTIN (<i>morphine cr, morphine er</i>)	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
MS CONTIN (<i>morphine er</i>)	T3	ST QL (120 Tabs/23 Days)
OXAYDO	T3	PA QL
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl</i> (Roxicodone)	T1	PA QL
OXYCONTIN	T2	ST QL (90 Tabs/23 Days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxymorphone hcl er</i>	T1	QL (90 Tabs/23 Days)
<i>pentazocine and naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>tramadol hcl er</i>	T1	QL (30 Units/30 days)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	PA QL

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>asa-butalb-caff-cod</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>ascomp with codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>butalbital compound w/codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
FIORINAL W/CODEINE (<i>asa-butalb-caffeine-codeine</i>)	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/caff/apap/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i>)	T3	PA QL
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	T1	PA QL

ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)

AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS

ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	

ANESTÉSICOS (Varios)

ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

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

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANESTÉSICOS LOCALES

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

ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS

CETACAINE ANESTHETIC	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine</i> (Lidoderm)	T1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (50GM/21 Days)
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)		
<i>lidocaine-prilocaine</i>	T1	QL (30GM/23 Days)
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA

ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)

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

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

ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)

ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS

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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS

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

AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES

DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T5	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP

AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS

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

ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS

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

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

OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T4	PA QL (55 Tabs/274 Days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL (60 Tabs/23 Days) SP HD

COLCHICINA

<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE	T2	HD

SALES DE ORO

RIDAURA	T2	
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T4	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
RINVOQ ER 30MG TABLET	T4	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
XELJANZ	T4	PA QL SP HD
XELJANZ 1mg/ml ORAL SOLUTION	T4	QL (300ml/30 Days)
XELJANZ XR	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS	T3	ST HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC (<i>diclofenac -misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
EC-NAPROSYN (<i>ec-naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	
<i>etodolac er</i>	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>fenoprofen</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibu</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i> (Children'S Advil)	T1	HD
INDOCIN	T3	ST HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate</i>	T1	HD
<i>meloxicam 15mg tablet</i> (Mobic)	T1	HD
<i>meloxicam 7.5mg tablet</i> (Mobic)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
MOBIC 15 MG TABLET (<i>meloxicam</i>)	T3	ST QL (30 tabs/30 days) HD
MOBIC 7.5 MG TABLET (<i>meloxicam</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol</i>	T1	
<i>albuterol hfa (Proair Hfa)</i>	T1	QL
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 Units/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
BROVANA	T3	QL HD
PERFOROMIST	T3	QL HD
SEREVENT DISKUS	T2	QL HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	QL HD
BEVESPI AEROSPHERE	T2	QL HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL HD
<i>ipratropium-albuterol</i>	T1	QL HD
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR DISKUS (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	T3	ST QL HD
ADVAIR HFA	T2	ST QL HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	PA QL HD
BREO ELLIPTA	T2	ST QL HD
<i>breyza 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA	T2	ST QL HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)		
<i>fluticasone-salmeterol</i> (Advair Diskus)	T1	QL HD
SYMBICORT	T2	ST QL HD
<i>wixela inhub</i> (Advair Diskus)	T1	QL HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
TRELEGY ELLIPTA	T2	QL
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T3	QL HD
ARNUITY ELLIPTA	T2	QL HD
ASMANEX	T2	QL HD
ASMANEX HFA	T2	QL HD
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	QL HD
FLOVENT DISKUS	T2	QL HD
FLOVENT HFA	T2	QL HD
QVAR REDIHALER	T2	QL HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA ST QL (1 pen/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 150 MG VIAL	T4	PA QL (6 Vials/21 Days) SP HD
XOLAIR 150MG SYRINGE	T4	PA QL (4 SYR/21 Days) SP HD
XOLAIR 75MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 SYR/21 Days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T4	PA QL (1 Unit/21 Days) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous</i> (Elixophyllin)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacina hcl</i> (Cetraxal)	T1	
COLY-MYCIN S	T3	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomicina/polimixina/hc</i>	T1	
<i>ofloxacina</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRODEX	T2	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN	T3	
MAXITROL (<i>neomicina-polimixina-dexametasa</i>)	T3	
<i>neo/polimixina/dexametasona</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomicina/bacitracina/poly/hc</i>	T1	
<i>neomicina/polimixina/hc</i>	T1	
<i>neomicina-polimixina-dexametasona</i> (Maxitrol)	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX EYE DROPS (<i>tobramicina-dexametasona</i>)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramicina-dexametasona</i> (Tobradex)	T1	
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN	T3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamida</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	T1	
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin</i>	T1	
CILOXAN (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentak</i>	T1	
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
KLARITY-A (AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	T1	
<i>neo-polycin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polycin</i>	T1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>)	T3	
<i>tobramycin</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX (<i>tobramycin</i>)	T3	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
ZYMAXID (<i>gatifloxacin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim DS)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS	T5	PA QL SP HD
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
KITABIS PAK	T4	PA QL SP HD
<i>neomycin</i>	T1	
TOBI PODHALER	T4	PA QL
<i>tobramycin</i>	T1	
TOBRAMYCIN	T5	PA QL SP HD
<i>tobramycin</i> (Tobi)	T1	PA QL SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T3	
<i>hyophen</i>	T1	
<i>me-naphos-mb-hyo 1</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL	T3	
<i>phosphasal</i> (Uretron D-S)	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URELLE	T3	
<i>uretron d-s</i> (Uretron D-S)	T1	
URIBEL	T3	
<i>urimar-t</i>	T1	
<i>urin d.s.</i> (Uretron D-S)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
<i>uro-458</i> (Urelle)	T1	
<i>uroav-b</i> (Uribel)	T1	
<i>urogesic</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>uro-mp</i> (Uribel)	T1	
<i>uryl</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>ustell</i>	T1	
<i>utira-c</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>vilamit mb</i> (Uribel)	T1	
<i>vilevev mb</i> (Urelle)	T1	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID 50mg, 100mg CAPSULES	T4	PA QL(30 caps/30 day) SP HD
THALOMID 150mg, 200mg CAPSULES	T4	PA QL(60 caps/30 day) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T3	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
RIFADIN (<i>rifadin</i>)	T3	
RIFADIN (<i>rifampin</i>)	T3	
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T4	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	QL SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone</i>	T1	
SPECTRACEF	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PALMITATE (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin pediatric</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 100mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (195ML/68 Days)
<i>azithromycin 1gm powder packet</i> (Zithromax)	T1	QL (2 Packets/68 Days)
<i>azithromycin 200mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (120ML/68 Days)
<i>azithromycin 250mg, 500mg tablet</i> (Zithromax)	T1	QL (15 Tabs/ 68 Days)
<i>azithromycin 600mg tablet</i>	T1	QL (24 Tabs/68 Days)
<i>clarithromycin</i>	T1	
<i>clarithromycin er</i>	T1	
DIFICID	T3	QL (60 Caps/30 Days)
<i>e.e.s.</i>	T1	
<i>E.E.S. (erythromycin ethyl)</i>	T3	
ERYPED (<i>erythromycin ethyl</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
<i>ery-tab</i>	T1	
<i>erythrocin stearate</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin (Ery-Tab)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (E.E.S. 200)</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (Eryped 400)</i>	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (2 Packets/68 Days)
ZITHROMAX 100MG/5 ML SUSPENSION (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (195ML/68 Days)
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSPENSION (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (120ML/68 Days)
ZITHROMAX 250MG, 500MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (15 Tabs/ 68 Days)
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin (Macrochantin)</i>	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (Macrobid)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid (Zyvox)</i>	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (Augmentin ES-600)</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (Augmentin)</i>	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/ML SUSP, 500 MG TAB (<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>)	T3	
<i>dicloxacillin</i>	T1	
<i>penicillin V</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T2	QL
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
LEVAQUIN (<i>levofloxacin</i>)	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>avidoxy</i>	T1	
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>coremino</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Acticlate)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Doryx)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Targadox)	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
MINOCIN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	ST
<i>minocycline hcl</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i>	T1	
<i>minocycline hcl er</i> (Solodyn)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
<i>mondoxyne nl</i>	T1	
<i>morgidox</i>	T1	
MORGIDOX	T3	ST
<i>morgidox</i> (Vibramycin)	T1	
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS	T5	SP
NUZYRA 150MG TABLET - 7 DAYS WITH LOAD	T5	SP
<i>okebo</i>	T1	
ORACEA	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl er</i>)	T3	ST
TARGADOX	T3	ST
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN PHOSPHATE (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole</i>	T1	
NUVESSA	T3	
<i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOGIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	QL
<i>vancomycin 125mg capsule</i>	T1	PA QL (40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	QL
<i>vancomycin hcl</i> (Vancocin Hcl)	T1	QL
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 Units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120GM/23 Days)
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120ML/23 Days)
CLINDACIN ETZ	T3	ST
<i>clindacin etz</i>	T1	
<i>clindacin p</i>	T1	
CLINDACIN PAC	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>clindamycin 1% foam</i> (Evoclin)	T1	QL (100 GM/23 Days)
<i>clindamycin 1% gel</i>	T1	
<i>clindamycin 1% lotion</i> (Cleocin T)	T1	QL (120ML/23 Days)
<i>clindamycin 1% solution</i>	T1	QL (120ML/23 Days)
<i>clindamycin capsule</i>	T1	
<i>ery</i>	T1	
<i>erygel</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (100 GM/23 Days)
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 Days)
<i>mupirocin 2% oint.</i>	T1	QL (1 treatment/30 days)
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	QL
XEPI	T3	ST QL (30 Units/30 days)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
<i>avar</i>	T1	
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E LS CREAM	T3	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
PLEXION	T3	ST
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>ss 10-2</i> (Avar Ls)	T1	
<i>ssd</i> (Silvadene)	T1	
<i>sss 10-5</i>	T1	
<i>sulfacetamide -sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar-E LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Plexion)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumadan)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumaxin)	T1	
<i>sulfacleanse 8/4</i>	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide</i>)	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide-sulfur</i>)	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
COUMADIN (<i>jantoven</i>)	T3	
COUMADIN (<i>warfarin</i>)	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
<i>warfarin</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux</i>)	T5	SP
<i>enoxaparin</i> (Lovenox)	T1	
<i>fondaparinux</i> (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T4	SP
<i>heparin</i>	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T2	QL (30 Units/30 days)
RELISTOR	T2	ST
SYMPROIC	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
EVZIO, NALOXONE, <i>naloxone</i>	T3	
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN	T2	QL
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GNAZOLE-1 <i>miconazole 3</i>	T3	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	QL (60ml/28 days)
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 150MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	QL (2 tabs/episode)
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole 150mg tablet</i> (Diflucan)	T1	QL
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole 100mg capsule</i> (Sporanox)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>itraconazole 10mg/ml solution</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 40MG/ML SUSP	T4	PA SP
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX 100MG CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	T3	QL (300ml/1 treatment)
SPORANOX 10MG/ML SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	T3	
<i>terbinafine</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	T1	
<i>nystatin</i>	T1	QL (60grams/28 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (45GM/21 Days)
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (60ML/21 Days)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90GM/21 Days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100grams/30 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical solution (Loprox)</i>	T1	QL (60ML/21 Days)
<i>ciclopirox 1% shampoo (Loprox)</i>	T1	QL (120ML/21 Days)
<i>ciclopirox 8% solution, treatment kit</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	QL (85GM/21 Days)
ERTACZO	T3	QL (60GM/21 Days)
EXELDERM	T3	QL (60 Units/21 Days)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T3	ST QL (100 GM/21 Days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60GM/21 Days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 GM/21 Days)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T1	QL (120ML/21 Days)
<i>ketodan (Extina)</i>	T1	ST QL (100 GM/21 Days)
<i>ketodan (Ketodan)</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (90GM/21 Days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544GM/23 Days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 Kit/23 Days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SOLUTION (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (60ML/21 Days)
LOPROX 1% SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (120ML/21 Days)
LOTRISONE CREAM	T3	QL (90grams/28 days)
LUZU	T3	QL (60GM/21 Days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T3	QL (50GM/21 Days)
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	QL (60GM/21 Days)
<i>NAFTIN</i> (<i>naftifine hcl</i>)	T3	QL (90grams/28 days)
NIZORAL (<i>ketoconazole</i>)	T3	QL (120ML/21 Days)
<i>nyamyc</i>	T1	QL
<i>nystatin</i>	T1	QL
<i>nystatin w/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystatin/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystop</i>	T1	QL
<i>oxiconazole nitrate</i> (Oxistat)	T1	QL (60 Units/21 Days)
OXISTAT	T3	QL (90grams/28 days)
VUSION	T3	QL (100grams/28 days)
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>promethazine vc</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	
ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine</i>	T1	
<i>carbinoxamine</i> (Ryvent)	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	ST
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T1	QL (30 Units/30 days) HD

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACRAFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL HD
BYDUREON PEN	T2	PA QL HD
BYETTA	T2	PA QL HD
MOUNJARO	T2	PA QL
OZEMPIC	T2	PA QL HD
RYBELSUS	T2	PA QL (30 tabs/30 days) HD
TRULICITY	T2	PA QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
JARDIANCE	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLATRO	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET (<i>metformin er osmotic</i>)	T3	PA QL HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl er</i>	T1	QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Fortamet)	T1	PA QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Glumetza)	T1	PA QL
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	ST HD
RIOMET ER	T3	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
<i>glipizide er</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide xl</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide er</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
STEGLUJAN	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>pioglitazone-glimepiride</i> (Duetact)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL HD
JANUMET XR	T2	QL HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
AVANDIA	T3	ST QL HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
INVOKAMET	T2	ST QL HD
SEGLUROMET	T2	ST QL HD
SYNJARDY	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
SYNJARDY XR	T2	ST QL HD
XIGDUO XR	T2	ST QL HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD
LEVEMIR	T2	HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T2	HD
MYXREDLIN	T3	HD
SEMGLEE	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTIINFECCIOSO CON TETRACICLINA, LOCAL		
ARESTIN	T5	SP HD
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>fem ph</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 Tabs/23 Days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 Tabs/23 Days)
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL (120 Tabs/23 Days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	QL (120 Tabs/23 Days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T2	QL (6 Tabs/23 Days)
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA QL (20 Tabs/23 Days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	QL (20 Tabs/23 Days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	QL (20 Tabs/365 Days)
ARAKODA 100mg tablets	T3	QL (32 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 250-100mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (60 Tabs/180 Days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (180 Tabs/180 Days)
<i>chloroquine 250mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/274 Days)
<i>chloroquine 500mg tablet</i>	T1	QL (28 Tabs/274 Days)
COARTEM	T2	QL (24 Tabs/23 Days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T5	PA SP
<i>hydroxychloroquine</i> (Plaquenil)	T1	QL
KRINTAFEL	T3	QL (2 Tabs/23 Days)
MALARONE 250-100MG TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	QL (60 Tabs/180 Days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)		
MALARONE 62.5-25MG TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	QL (180 Tabs/180 Days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL (13 Tabs/180 Days)
PRIMAQUINE BRAND	T2	QL (120 Tabs/180 Days)
<i>primaquine generic</i>	T1	QL (120 Tabs/180 Days)
QUALAQUIN (quinine)	T3	QL (42 Caps/23 Days)
<i>quinine (Qualaquin)</i>	T1	QL (42 Caps/23 Days)
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone (Mepron)</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL (720 Tabs/365 Days)
IMPAVIDO	T2	QL (84 Caps/23 Days)
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	
NEBUPENT	T3	QL (1 Vial/21 Days)
<i>pentamidine isethionate (Nebupent)</i>	T1	QL (1 Vial/21 Days)
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>aminoacetic acid (Aminoacetic Acid)</i>	T1	
<i>glycine (Aminoacetic Acid)</i>	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN	T3	ST
<i>ciclopirox</i>	T1	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF) PEN 40MG, 40MG SYR	T2	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	T2	PA SP
ENBREL	T4	PA QL SP HD
HUMIRA	T4	PA QL (2 Pens/28 Days) SP HD
HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK	T4	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
HUMIRA PEDIATRIC	T4	PA QL SP HD
HYRIMOZ(CF) 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML, 40MG/0.4ML SYR, 40MG/0.4ML, 80MG/0.8ML PEN, PEN PSORIA 80-40MG, PEN CROHN-UC 80MG, PEDI CROHN 80-40MG, PEDI CROHN 80MG	T4	SP PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
SIMPONI	T4	PA QL SP HD
SIMPONI ARIA	T5	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK 10mg, 20mg CAPSULE	T5	PA QL SP HD CSL
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T4	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T5	SP CSL
<i>cyclophosphamide</i>	T5	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
<i>melphalan hcl</i> (Alkeran)	T1	SP CSL
MYLERAN	T2	CSL
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T5	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
<i>flutamide</i>	T1	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T2	PA QL SP HD CSL
XTANDI	T4	PA QL SP HD CSL
YONSA	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
ARRANON	T3	
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
LONSURF	T4	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T1	CSL
<i>methotrexate</i>	T1	
<i>methotrexate</i>	T1	CSL
PURIXAN	T4	SP CSL
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA (capecitabine)	T5	PA QL ST SP HD CSL
XELODA 150MG tablets	T5	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500MG tablets	T5	PA SP HD QL (140 tabs/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole (Arimidex)</i>	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD CSL
<i>exemestane (Aromasin)</i>	T1	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD CSL
<i>letrozole (Femara)</i>	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T5	PA QL SP CSL
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL
ZELBORAF	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T		
BREYANZI	T3	PA
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T5	PA QL SP HD CSL
ERIVEDGE	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
ODOMZO	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T5	PA SP QL (8 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T4	PA QL SP HD CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP HD QL (108ml/30 days) CSL
MEKTOVI	T5	PA QL SP CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR 10MG TABLET	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	T5	PA QL ST SP
AFINITOR 2.5MG, 5MG, 7.5MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T5	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP CSL
<i>everolimus</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
POMALYST	T4	PA SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL (30 caps/30 days)SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T5	PA SP HD
VANTAS	T4	SP HD CSL
ZOLADEX	T4	SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL SP HD CSL
ALUNBRIG	T4	PA QL SP HD CSL
AYVAKIT	T5	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
BALVERSA	T4	PA SP CSL
BOSULIF	T4	PA QL SP HD CSL
BRUKINSA	T5	PA SP CSL
CABOMETYX	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
CALQUENCE	T4	SP
CAPRELSA	T4	PA QL SP CSL
COMETRIQ	T4	PA SP HD CSL
COPIKTRA	T5	PA QL (56 caps/28 days) SP CSL
<i>erlotinib hcl</i> (Tarceva)	T1	PA QL SP HD CSL
EXKIVITY 40MG CAPSULE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
GAVRETO	T4	PA QL (120 tabs/30 days) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
GILOTRIF	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
IBRANCE	T4	PA QL SP HD CSL
ICLUSIG	T4	PA QL SP CSL
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	PA QL SP HD CSL
IMBRUVICA 560MG TABS	T4	PA SP CSL
INLYTA	T4	PA QL SP HD CSL
IRESSA	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
KISQALI	T5	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T5	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
LENVIMA 4MG (five 4 mg capsules per card)	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 8MG (ten 4 mg capsules per card)	T4	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 10MG (five 10 mg capsules per card)	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 12MG (fifteen 4 mg capsules per card)	T4	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 14MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T4	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 18MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T4	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 20MG	T4	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 24MG	T4	PA QL (90 caps/30 days) SP HD
LORBRENA	T4	PA QL SP HD CSL
LYNPARZA	T4	PA QL SP HD CSL
LYTGOBI	T4	PA SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD CSL
NEXAVAR	T5	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL SP HD CSL
PEMAZYRE 4.5MG, 9MG, 13.5MG TAB	T4	PA QL(28 tabs/30 days) SP
PIQRAY	T5	PA SP HD CSL
ROZLYTREK	T4	PA QL SP HD CSL
RUBRACA	T4	PA QL SP CSL
RYDAPT	T4	PA QL(224 caps/30 days) SP HD CSL
SCEMBLIX 20MG TABLET	T5	PA SP HD QL (600 tabs/30 days) CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T5	PA SP HD QL (300 tabs/30 days) CSL
SPRYCEL	T4	QL SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL SP HD CSL
SUTENT	T5	PA QL SP CSL
TABRECTA	T4	PA SP
TAGRISSO	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TALZENNA	T4	PA QL(30 caps/30 days) SP HD CSL
TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>)	T5	PA QL SP HD CSL
TASIGNA	T4	PA QL SP HD CSL
TURALIO	T5	PA QL SP CSL
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE PK	T5	SP PA QL (42 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE PK	T5	SP PA QL (63 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE PK	T5	SP PA QL (42 caps/21 days) CSL
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE PK	T5	SP PA QL (21 caps/21 days) CSL
TYKERB	T4	PA QL SP HD CSL
UKONIQ	T5	SP
VERZENIO	T4	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL (60 Caps/30 Days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL (300ml/30 Days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 25 MG CAPSULE	T4	PA QL (180 Caps/30 Days) SP HD CSL
VIZIMPRO	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
VOTRIENT	T4	PA QL SP HD CSL
XALKORI	T4	PA QL SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA SP CSL
ZEJULA 100MG, 200MG, 300MG TABLET	T4	SP PA
ZYDELIG	T4	PA QL SP HD CSL
ZYKADIA	T4	PA QL (90 tabs-caps/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T5	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T4	PA SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
TIBSOVO	T2	PA SP CSL
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
ENHERTU	T5	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS (cont.)		
MATULANE	T4	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T5	PA SP
<i>tretinoin</i>	T1	CSL
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T2	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	SP HD
INTRON A	T2	SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene</i>)	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD CSL
<i>tamoxifen</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene</i> (Fareston)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
AMELUZ	T5	SP
LEVULAN	T5	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
PANRETIN	T5	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN	T4	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 25 mg tablets</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 75 mg tablets</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
LOMAIRA	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
<i>phentermine ER</i>	T1	QL (30 caps/30 days)
QSYMIA	T3	PA QL (30 caps/30 days)
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa er</i>	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T3	HD
DUOPA	T5	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T4	PA QL (300 Caps/30 Days) SP HD
MIRAPEX ER (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T5	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
OSMOLEX ER	T3	PA QL (30 Units/30 days) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex)	T1	HD
<i>pramipexole er</i> (Mirapex ER)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
REQUIP XL (<i>ropinirole er</i>)	T3	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i> (Requip XL)	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD

INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

<i>aspirin e.c.</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin-dipyridamole er</i> (Aggrenox)	T1	HD
BRILINTA	T2	HD
<i>children's aspirin</i> (Bayer Chewable Aspirin)	T1	HD PPACA
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)		
<i>ecotrin</i>	T1	HD PPACA
<i>EFFIENT (prasugrel hcl)</i>	T3	HD
<i>enteric coated aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>low dose aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>prasugrel hcl (Effient)</i>	T1	HD
<i>st. joseph aspirin</i>	T1	HD PPACA
ZONTIVITY	T3	PA HD

AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

<i>AGRYLIN (anagrelide hcl)</i>	T3	
<i>anagrelide hydrochloride (Agyrin)</i>	T1	

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)

ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE

SUNLENCA	T5	PA SP
----------	----	-------

ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI

JULUCA	T4	SP
--------	----	----

ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI

DOVATO	T4	SP
--------	----	----

ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA

TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MGTAB SUSP	T4	SP

ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA

SYMITUZA	T4	SP
----------	----	----

ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS

APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T4	SP

ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS

CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP

ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI

<i>abacavir-lamivudine (Epzicom)</i>	T1	SP
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine (Trizivir)</i>	T1	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	T5	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T5	SP
<i>lamivudine-zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T5	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T1	SP
INTELENCE	T5	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune)	T1	SP
<i>nevirapine er</i>	T1	SP
<i>nevirapine er</i> (Viramune XR)	T1	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T5	SP
VIRAMUNE (<i>nevirapine</i>)	T5	SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine er</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
EMTRIVA	T4	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T5	SP
<i>lamivudine</i> (Eпивir)	T1	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T5	SP
<i>stavudine</i> (Zerit)	T1	SP
ZIAGEN (<i>abacavir</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150MG, 200MG, 250MG TABLET, POWDER	T4	SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T5	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir</i> (Reyataz)	T1	SP
CRIXIVAN	T2	SP
EVOTAZ	T5	SP
<i>fosamprenavir</i> (Lexiva)	T1	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

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

ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)

INVIRASE	T4	SP
KALETRA 100-25 MG TABLET	T5	QL (2 Tabs/Day) SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T5	QL (56 Tabs/274 Days) SP
KALETRA 80-20MG/ML SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T5	QL (2ML/Day) SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir</i>)	T5	SP
<i>lopinavir-ritonavir</i> (Kaletra)	T1	QL (2ML/Day) SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T5	SP
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION, 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
REYATAZ CAPSULES (<i>atazanavir</i>)	T5	SP
REYATAZ POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T4	SP

ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I

APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL	T5	PA SP
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP

ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS

ODEFSEY	T4	SP
SYMFI	T4	SP
SYMFI LO	T4	SP

ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA

BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP

ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)

ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS

<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	

ANTIVÍRICOS (Infecciones)

ANTIVÍRICOS, GENERALES

<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	QL
LIVTENCITY 200 MG TABLET	T5	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>oseltamivir phosphate</i> (Tamiflu)	T1	QL
OSELTAMIVIR 6MG/ML SUSPENSION	T3	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir 30mg capsule</i>	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir 45mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir 75mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T4	QL (112 tabs/30 days) SP HD
RELENZA 5 MG	T3	QL (20 blisters/10 days)
<i>ribavirin</i> (Virazole)	T1	SP HD
<i>rimantadine hcl</i>	T1	
TAMIFLU (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL
<i>valacyclovir</i> (Valtrex)	T1	QL (30 Units/30 days)
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	
<i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)	T1	
VIRAZOLE	T5	SP HD
XOFLUZA	T3	QL
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T5	PA QL (3 Pks/365 Days) SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T4	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200MG/50MG ORAL PELLETT PACKET	T4	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA	T4	PA QL (84 packets/365 days) ST SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL (56 Tabs/Dispense) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDGE	T4	SP HD
<i>entecavir</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	T4	SP
EPIVIR HBV TABLETS (<i>lamivudine hbv</i>)	T5	SP
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T5	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T1	SP
VEMLIDY	T4	SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
PEGASYS SYRINGE	T4	QL (2ML/21 Days) SP HD
PEGASYS VIAL	T4	QL (4ML/21 Days) SP HD
PEG-INTRON	T5	QL (4 Kits/21 Days) SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T2	
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	PA QL (30 grams/treatment)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
AUVI-Q 0.1MG, 0.15MG, 0.3MG AUTO-INJECTOR	T2	
<i>epinephrine</i> (Auvi-Q)	T1	QL
<i>epinephrine</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T1	QL
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T2	QL
EPIPEN JR. (<i>epinephrine</i>)	T2	QL
SYMJEPI	T2	QL
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
<i>galantamine</i>	T1	HD
<i>galantamine er</i> (Razadyne ER)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide er</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE (<i>galantamine hbr</i>)	T3	ST
RAZADYNE ER (<i>galantamine er</i>)	T3	ST HD
<i>rivastigmine</i>	T1	HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

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

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
DIBENZYLIN (phenoxybenzamine hcl)	T3	PA HD
phenoxybenzamine hcl (Dibenzylin)	T1	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASSTK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA

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

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	T5	PA SP
TAKHZYRO	T4	PA SP ST HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA

PALYNZIQ	T4	PA QL (8 syringes/30 days) SP HD
----------	----	----------------------------------

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS

IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA

VACUNAS CONTRA BACIOS GRAM (-) (NO ENTÉRICOS)

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

VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ABRYSSO VIAL WITH DILUENT	T2	PPACA
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGERIX-B	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T2	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T2	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (aminocaproic acid)	T5	SP HD
aminocaproic acid (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (tranexamic acid)	T5	SP
tranexamic acid (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T4	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
GEL-FLOW	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

AGENTES HEMORREOLÓGICOS

<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
-----------------------	----	----

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

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS

<i>ranolazine er</i> (Ranexa)	T1	HD
-------------------------------	----	----

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i> (Pacerone)	T1	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide</i> (Tikosyn)	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl er</i> (Rythmol SR)	T1	HD
<i>quinidine</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
RHYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>cartia xt</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem 24hr er (la)</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>matzim la</i>)	T3	HD
<i>cartia xt</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (la)</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>dilt-xr</i>	T1	HD
<i>felodipine er</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
<i>matzim la</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nifedipine er</i>	T1	HD
<i>nifedipine er</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (nifedipine)	T3	HD
PROCARDIA XL (nifedipine er)	T3	HD
SULAR (nisoldipine)	T3	HD
taztia xt (Tiazac)	T1	HD
tiadytl er (Tiazac)	T1	HD
TIAZAC (diltiazem 24hr er)	T3	HD
verapamil er (Calan SR)	T1	HD
verapamil er (Verelan)	T1	HD
verapamil er pm (Verelan PM)	T1	HD
verapamil hcl	T1	HD
verapamil hcl (Verelan)	T1	HD
VERELAN (verapamil er)	T3	HD
VERELAN (verapamil hcl)	T3	HD
VERELAN PM (verapamil er pm)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
cardioplegic (Plegisol)	T1	
MICROPLEGIA	T3	
PLEGISOL	T3	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
digitek (Lanoxin)	T1	HD
digoxin (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (digitek)	T3	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	QL (MAX 30 Tabs/30 Days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T2	HD
GONITRO	T3	
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradoso)	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T3	HD
<i>nitro-bid</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
<i>nitro-time</i>	T1	HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T4	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
REVATIO (<i>sildenafil</i>)	T5	PA QL SP HD
<i>sildenafil</i> (Revatio)	T1	PA QL SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA QL SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambriasant</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA
OPSUMIT	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	T4	PA ST QL (120 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 62.5 MG, 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T5	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T5	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T5	PA SP QL (168 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T5	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T5	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T4	PA ST SP HD
UPTRAVI	T4	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
UPTRAVI TITRATION PACK	T4	PA QL (1 pack/1 time use) SP HD
VENTAVIS	T5	PA SP HD
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril (Lotrel)</i>	T1	HD
PRESTALIA	T3	HD
TARKA (<i>trandolapril-verapamil er</i>)	T3	HD
<i>trandolapril-verapamil</i>	T1	HD
<i>trandolapril-verapamil (Tarka)</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>ACCURETIC (quinapril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>benazepril hcl-hctz (Lotensin HCT)</i>	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate/hctz (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<i>lisinopril-hctz (Zestoretic)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN HCT (benazepril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
<i>VASERETIC (enalapril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>ZESTORETIC (lisinopril-hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	QL HD
CARDURA XL	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	QL HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.

<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin (Vytorin)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

<i>amlodipine-atorvastatin (Caduet)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
CADUET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3

EVKKEEZA	T3	PA
----------	----	----

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP

JUXTAPID	T4	SP HD
----------	----	-------

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9

REPATHA	T2	
---------	----	--

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)

<i>atorvastatin (Lipitor)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
FLOLIPID	T3	ST QL HD
<i>fluvastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>fluvastatin</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>fluvastatin er (Lescol XL)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin er</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
LIVALO	T2	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>lovastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pravastatin (Pravachol)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>rosuvastatin (Crestor)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
<i>simvastatin</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>simvastatin (Zocor)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD PPACA
ZYPITAMAG	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD

SECUESTRADORES DE SALES BILIARES

<i>cholestyramine (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine light (Questran Light)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)		
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
<i>prevalite</i>	T1	HD
<i>prevalite</i> (Questran Light)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine light</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
ANTARA	T3	ST HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Trilipix)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T2	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin er</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T3	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
TRIGLIDE	T3	ST
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	
<i>memantine hcl er</i> (Namenda XR)	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA (<i>memantine hcl</i>)	T3	ST HD
NAMENDA XR	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA		
NAMZARIC	T2	ST HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN 50 MG FILM	T3	
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T5	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TIGLUTIK	T5	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (210 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (90 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WK1-4)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA CAPSULES	T5	PA ST QL (1 Cap/1 Day) SP HD
INGREZZA INITIATION PACK	T3	PA ST QL (28 caps/84 days)
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T1	PA QL SP HD

XANTINAS

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO	T5	PA SP HD QL (30 tabs/30 days)
AVONEX ADMINISTRATION PACK	T4	PA QL (1 Kit/21 Days) SP HD
AVONEX PEN	T4	PA QL (1 Box/21 Days) SP HD
BAFIERTAM	T4	PA ST (120 Caps/30 Days) SP HD
BETASERON	T4	PA QL (14 Kits/23 Days) SP HD
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer</i>)	T5	PA QL (30 SYR/23 Days) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer</i>)	T5	PA QL (12ML/23 Days) SP HD
<i> fingolimod</i>	T1	PA ST QL (30 caps/30 days) SP HD
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	QL (30 SYR/23 Days) SP HD
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	QL (12ML/23 Days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (30 SYR/23 Days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL (12ML/23 Days) SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA ST QL (1 Pen/28 Days)SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PACK	T5	PA QL (10 Tabs/Dispense) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PACK	T5	PA QL (4 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PACK	T5	PA QL (5 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PACK	T5	PA QL (6 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PACK	T5	PA QL (7 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PACK	T5	PA QL (8 Tabs/Dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PACK	T5	PA QL (9 Tabs/Dispense) SP HD
MAYZENT	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
PLEGRIDY PEN/SYRINGE	T4	PA QL (1ML/21 Days) SP HD
PLEGRIDY STARTER PACK	T4	PA QL (1 Pack/365 Days) SP HD
PONVORY	T4	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T4	PA ST QL (14 tabs/use)
PONVORY 20 MG TABLET	T4	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
REBIF REBIDOSE SYRINGES	T4	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T4	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF SYRINGES	T4	PA QL (6ML/21 Days) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T4	PA QL (5 ML/21 Days) SP HD
VUMERITY STARTER PACK	T4	PA QL (106 caps/30 days)SP HD
VUMERITY	T4	PA QL (120 caps/30 days)SP HD
ZEPOSIA	T4	PA QL ST SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T4	PA QL (37 Caps/30 Day) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T4	PA QL (7 Caps/7 Days) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T4	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	T5	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
<i>dalfampridine er</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T2	PA SP
RUZURGI	T2	PA SP
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	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 SYRINGE	T2	PA QL (1 Syr/23 Days)
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
GRALISE	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

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

ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

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

ANTICONVULSIVOS

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
FYCOMPA	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	HD
LAMICTAL XR	T3	ST HD
<i>lamotrigine (blue)</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine (green)</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal XR)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine (orange)</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine odt</i> (Lamictal ODT)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra XR)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	ST HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin extended</i>)	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR	T2	ST HD
<i>roweepira</i> (Keppra)	T1	HD
SABRIL (<i>vigabatrin</i>)	T5	PA SP HD
SPRITAM	T3	ST HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal)	T1	HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	ST
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
<i>vigadrone</i> (Sabril)	T1	PA SP HD
VIMPAT	T2	HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	T4	SP

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

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

WAKIX	T5	PA QL SP HD
-------	----	-------------

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T4	PA QL (2 SYR/23 Days) SP
LEUKINE	T2	SP
NIVESTYM	T2	PA SP
ZARXIO	T2	PA SP HD
ZIEXTENZO	T4	PA ST QL (2 syr/30 days) SP

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

DOPTELET	T4	PA QL SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)

ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS

ANNOVERA VAGINAL RING	T3	QL (1 ring)
<i>eluryng</i> (Nuvaring)	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>levora</i>	T1	HD PPACA
<i>lillow</i>	T1	HD PPACA
<i>loryna</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>low-ogestrel</i>	T1	HD PPACA
<i>lo-zumandimine</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>lutera</i>	T1	HD PPACA
<i>lyza</i>	T1	HD PPACA
<i>marlissa</i>	T1	HD PPACA
<i>melodetta 24 fe</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>microgestin</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>microgestin fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>mili</i>	T1	HD PPACA
<i>mono-lynyah</i>	T1	HD PPACA
<i>my choice</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>my way</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>necon</i>	T1	HD PPACA
<i>new day</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>nikki</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>nora-be</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>norgestrel-ethiny estra</i>	T1	
<i>norlyda</i>	T1	HD PPACA
<i>nortrel</i>	T1	HD PPACA
<i>ocella</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ogestrel</i>	T1	
<i>opcicon one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>option 2</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>tulana</i>	T1	HD PPACA
<i>tydemy</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>velivet</i>	T1	HD PPACA
<i>vienva</i>	T1	HD PPACA
<i>viorele</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>vyfemla</i>	T1	HD PPACA
<i>vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>wera</i>	T1	HD PPACA
<i>wymzya fe</i>	T1	HD PPACA
YAZ (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
<i>zarah</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>zovia</i>	T1	HD PPACA
<i>zumandimine</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP
LILETTA	T5	SP
MIRENA	T4	SP
PARAGARD T 380-A	T5	SP
SKYLA	T4	SP
ANTICONCEPTIVOS (Varios)		
PRESERVATIVOS		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (cont.)		
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	T2	
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	T2	
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	T2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	T2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	T2	
VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	T2	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>bio glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>ful-glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>glostrips</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
JYNARQUE	T5	PA QL SP
SAMSCA 15 MG TABLET	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP
SAMSCA 30 MG TABLET	T5	PA QL SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
FUROSEMIDE	T3	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<i>torseamide</i>	T1	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
RESECTISOL	T2	
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP		
JYNARQUE 15mg tablets	T5	PA QL (120 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 30mg tablets	T5	PA QL (120 tabs/30 days) SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP (cont.)		
JYNARQUE 15-15mg tablets (7-day blister packs)	T5	PA QL (56 tabs/28 days) SP
JYNARQUE 30-15mg tablets (7-day blister packs)	T5	PA QL (56 tabs/28 days) SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T3	PA HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl w/hctz</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
JYNARQUE 45-15mg tablets	T5	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 60-30mg tablets	T5	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 90-30mg tablets	T5	PA QL (56 tabs/30 days) SP
<i>spironolactone w/hctz</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine hcl</i>	T1	QL HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	QL HD

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

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
COMB. DE ANTIHISTAMÍNICOS NAsALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>)	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAsALES		
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (15.8 PS)	T3	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (9.9 PS)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (5.9, 9.9)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (9.1, 15.8)	T2	
flunisolide	T1	QL HD
fluticasone propionate	T1	QL HD
mometasone (Nasonex)	T1	QL HD
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (16.9 PS)	T2	
NASONEX	T5	ST SP
RHINOCORT ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY	T2	
RHINOCORT AQUA NASAL SPRAY	T2	
SINUVA	T5	SP HD
XHANCE	T3	ST QL HD
PREPARACIONES NAsALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
PREPARACIONES NAsALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>flac otic oil</i>)	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	T1	
CORTANE-B (<i>hc pramoxine</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
DEXTENZA	T3	
DEXYCU	T3	
DUREZOL	T3	ST
EYSUVIS	T3	PA QL (MAX 8.3ml/14 Days)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T5	SP
INVELTYS	T5	ST
<i>ketorolac</i> (Acular LS)	T1	
<i>ketorolac</i> (Acular)	T1	
KLARITY-B (BETAMETHASONE-CHOND)	T3	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX GEL, OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
OZURDEX	T4	SP
PRED FORTE (<i>prednisolone</i>)	T3	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T3	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
PROLENSA	T3	
RETISERT	T5	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
TRIESENCE	T3	
YUTIQ	T5	SP
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt (BSS)</i>	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	T3	
<i>proparacaine hcl (Alcaine)</i>	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl (Isopto Carpine)</i>	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate (Istalol)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic)</i>	T1	HD
<i>timolol maleate (Timoptic-XE)</i>	T1	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
<i>travoprost (Travatan Z)</i>	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	ST HD
VYZULTA	T3	ST HD
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
OMIDRIA	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	T3	ST HD
ALPHAGAN P 0.15% DROPS (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	HD
DORZOLAMIDE HCL	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	T3	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt PF)	T1	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
LATANOPROST	T3	HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
MIOCHOL-E	T3	HD
<i>miostat</i> (Miostat)	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine</i>	T1	HD
<i>atropine</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS	T3	HD
<i>homatropaire</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (<i>atropine</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIDRIÁTICOS (cont.)		
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T4	PA SP
MACUGEN	T3	PA
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T5	PA SP
BEVACIZUMAB	T5	SP
LUCENTIS	T5	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	PA HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T4	SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
AMVISC	T5	SP
AMVISC PLUS	T5	SP
<i>biolan</i>	T1	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HYALURONIDASE	T3	
PROVISC	T5	SP
VISCOAT	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS		
JETREA	T2	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
CELLUGEL	T3	
MEMBRANEBLUE	T3	
<i>ocucoat</i> (Cellugel)	T1	
VISIONBLUE	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>denta 5000 plus</i>	T1	
<i>dentagel</i>	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sf</i>	T1	
<i>sf 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride enamel protect</i>	T1	
<i>sodium fluoride sensitive</i>	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	PA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL
<i>dex4 glucose</i>	T1	
GLUCAGEN	T2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	T2	QL
<i>gluco burst</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
GLUCO SHOT	T3	
<i>glucose</i>	T1	
GLUCOSE	T3	
<i>glucose bits</i>	T1	
<i>glucose gel</i>	T1	
<i>glucose</i>	T1	
GLUTOSE (<i>gluco burst</i>)	T2	
GVOKE	T2	
GVOKE SYRINGE	T2	QL
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
<i>relion</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS (<i>dex4 glucose</i>)	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
<i>acetate</i>	T1	
AURYXIA	T3	
CALCIUM 667mg	T3	QL (360 Tabs/30 Days)
<i>kionex</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	QL (90 Tabs/30 Days)
LOKELMA	T2	QL (30 Units/30 days)
PHOSLYRA	T2	QL (1800ml/30 Days)
<i>polystyrene sulfonate</i>	T1	
REVELA (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	QL (270 Tabs/30 Days)
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	QL (270 Tabs/30 Days)
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	QL (90 Tabs/30 Days)
<i>sps</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
VELPHORO	T2	QL (120 Tabs/20 Days)
VELTASSA	T2	ST QL (30 Packets/30 Days)
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
<i>chloride</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>chloride</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>chloride</i> (K-Tab ER)	T1	
<i>effer-k</i>	T1	
<i>klor-con</i>	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>klor-con m</i>	T1	
<i>klor-con m</i> (Klor-Con M15)	T1	
<i>klor-con-ef</i>	T1	
K-TAB	T3	
<i>k-tab</i> (Klor-Con 8)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<i>er</i> (Urocit-K)	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCI-K (<i>potassium er</i>)	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
LOVAZA (<i>omega-3 acid ethyl esters</i>)	T3	PA HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	PA HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (<i>phenylbutyrate</i>)	T5	SP HD
<i>enulose</i>	T1	HD
<i>generlac</i>	T1	HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T5	SP PA HD
<i>phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
RAVICTI	T4	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>clidinium w/chlordiazepoxide</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	PA QL(84 tabs/28 days) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate w/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant</i>	T1	QL
<i>aprepitant</i> (Emend)	T1	QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
BONJESTA	T3	QL (60 Tabs/Dispense)
<i>compro</i>	T1	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	QL (720 Tabs/365 Days)
<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> (Diclegis)	T1	QL (720 Tabs/365 Days)
EMEND (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	QL
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	QL
<i>ondansetron odt</i>	T1	QL
<i>phenadoz</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethegan</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T1	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T2	QL
ZOFRAN (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	QL
ZUPLENZ	T3	QL
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
VOQUEZNA DUAL, TRIPLE PAK	T3	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL (<i>phenohydro</i>)	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
<i>ed-spaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>hyosyne</i>	T1	HD
LEVBID (hyoscyamine er)	T3	HD
LEVSIN (hyoscyamine)	T3	HD
LEVSIN-SL (hyoscyamine)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>ed-spaz</i>)	T3	HD
<i>oscimin</i> (Levsin)	T1	HD
<i>oscimin sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>oscimin sr</i> (Levbid)	T1	HD
<i>phenohydro</i> (Donnatal)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<i>symax-sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>symax-sr</i> (Levbid)	T1	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T4	PA SP HD
CHOLBAM	T4	PA QL SP HD
URSO (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Rowasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Sfrowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
<i>APRISO (mesalamine er)</i>	T3	HD
<i>AZULFIDINE (sulfasalazine dr)</i>	T3	HD
<i>AZULFIDINE (sulfasalazine)</i>	T3	HD
<i>balsalazide di (Colazal)</i>	T1	HD
<i>COLAZAL (balsalazide di)</i>	T3	HD
<i>mesalamine (Asacol Hd)</i>	T1	HD
<i>mesalamine (Lialda)</i>	T1	HD
<i>mesalamine dr (Delzicol)</i>	T1	HD
<i>mesalamine er (Apriso)</i>	T1	HD
<i>PENTASA</i>	T2	HD
<i>sulfasalazine (Azulfidine)</i>	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
<i>OALIVA</i>	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
<i>VOWST CAPSULE</i>	T5	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
<i>SUCRAID</i>	T4	SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
<i>PEPCID (famotidine)</i>	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
<i>VIBERZI</i>	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
<i>LINZESS</i>	T2	QL (30 Units/30 days)
<i>TRULANCE</i>	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
<i>ENTYVIO</i>	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl odt</i>	T1	
<i>MOTEGRITY</i>	T3	QL (30 Units/30 days)
<i>REGLAN (metoclopramide hcl)</i>	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>alophen pills</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>bisacodyl</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>bisa-lax</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>citroma</i> (Citroma)	T1	
<i>clearlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>clearlax</i> (Miralax)	T1	
<i>constulose</i>	T1	
<i>ducodyl</i> (Dulcolax)	T1	
<i>gavilax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>gavilyte-g</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>gavilyte-n</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>gentle laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>gentlelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>glycolax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>healthylax</i> (Miralax)	T1	PPACA
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i> (Kristalose)	T1	
<i>laxaclear</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>laxative peg 3350</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
<i>magnesium</i> (Citroma)	T1	
<i>milk of magnesia</i>	T1	
<i>miralax</i>	T1	PPACA
<i>natura-lax</i> (Miralax)	T1	PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>gavilyte-n</i>)	T3	PPACA
<i>of magnesia</i> (Citroma)	T1	
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Nulytely)	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>powderlax</i> (Miralax)	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>smoothlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium</i> (Nexium 24HR)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>esomeprazole magnesium</i> (Nexium)	T1	HD
<i>lansoprazole</i> (Prevacid)	T1	HD
<i>omeprazole</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole- bicarbonate</i> (Zegerid)	T1	PA HD
<i>pantoprazole</i> (Protonix)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>rabeprazole</i> (Aciphex)	T1	HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>anucort-hc</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hemmorex-hc</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anucort-HC)	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	T1	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T5	SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T3	
ANALPRAM-HC (<i>hydrocortisone-pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Analpram HC)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
<i>pramoxine hcl w/hydrocortisone</i> (Analpram Hc)	T1	
PROCORT	T3	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<i>colocort</i> (Cortenema)	T1	
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS	T2	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T3	
ANDRODERM	T2	PA QL (30 Units/30 days)
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	PA
FORTESTA (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
NATESTO	T2	PA QL
<i>oxandrolone</i>	T1	
STRIANT	T3	PA QL
<i>testosterone</i>	T1	PA QL
TESTOSTERONE	T3	PA QL
<i>testosterone</i> (Androgel)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Fortesta)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Testim)	T1	PA QL
<i>testosterone</i> (Vogelxo)	T1	PA QL
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone)	T1	PA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL
XYOSTED	T3	PA QL (4 Autoinjectors/30 Days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP SOLUTION	T2	
DDAVP TABLET, NASAL SPRAY (<i>desmopressin</i>)	T3	
<i>desmopressin acetate</i> (DDAVP)	T1	
NOC DURNA	T3	PA QL (30 Units/30 days)
STIMATE	T2	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>covaryx</i>	T1	HD
<i>covaryx h.s.</i>	T1	HD
<i>eemt</i>	T1	HD
<i>eemt hs</i>	T1	HD
<i>estrogen & methyltestosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>amabelz</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>amabelz</i> (Activella)	T1	HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
COMBIPATCH	T2	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
<i>dotti</i> (Alora)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>dotti</i> (Minivelle)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Alora)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Minivelle)	T1	QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>estradiol-norethindrone acetat</i> (Activella)	T1	HD
FEMHRT (<i>fyavolv</i>)	T3	HD
<i>fyavolv</i> (Femhrt)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>jinteli</i>	T1	HD
<i>lopreeza</i> (Activella)	T1	
MENOSTAR	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>mimvey</i> (Activella)	T1	HD
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
PREFEST	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide ec</i> (Entocort EC)	T1	
<i>budesonide er</i> (Uceris)	T1	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>decadron</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
DEXONTO	T3	
DEXPAK (<i>dexamethasone</i>)	T3	PA
DXEVO	T3	PA
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hidex</i>	T1	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
MEDROL (<i>methylpred dp</i>)	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<i>methylpred dp</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>millipred</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone phos odt</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone phos odt</i> (Orapred ODT)	T1	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone phosphate</i> (Pediapred)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO DR 4MG CAPSULE	T3	PA
UCERIS (<i>budesonide er</i>)	T3	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T4	PA
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP
ZORBTIVE	T5	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
OMNITROPE	T4	PA SP
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	
<i>fyremadel</i> (generic to GANIRELIX)	T1	PA ST
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 Tab/Day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (360 Tabs/365 Days)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
LUPRON DEPOT-PED	T4	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T5	SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylegonovine maleate</i>	T1	PA QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
OXITÓCICOS (cont.)		
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T4	PA SP HD
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 Tabs/21 Days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone</i>)	T3	HD
CRINONE 8% GEL	T2	
DEPO-PROVERA	T2	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA DR 20 MG CAPSULE	T5	PA SP QL (56 caps/28 days)
<i>octreotide acetate</i>	T1	SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide</i>)	T5	PA ST SP HD
SIGNIFOR	T4	PA SP HD
SOMATULINE DEPOT	T4	PA SP HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	HD
<i>yuvafem</i> (Vagifem)	T1	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL	T3	QL ST
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T4	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (800MG/21 Days) SP HD
DUPIXENT 300 MG2 ML SYRINGE	T4	PA QL (600MG/21 Days) SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T4	PA QL (2 SYR/21 Days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (2 Pens/21 Days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA	T4	PA QL SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	QL (100 GM/23 Days)
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	ST QL (120 grams/30 days)
<i>tacrolimus</i> (Protopic)	T1	QL (100GM/23 Days)
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T5	PA SP HD
AZASAN	T5	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T5	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Neoral)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>engraf</i> (Neoral)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T5	SP HD
LUPKYNIS	T5	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolic acid</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T5	SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
NEORAL (cyclosporine modified)	T5	SP HD
PROGRAF CAPSULES (tacrolimus)	T5	SP HD
PROGRAF GRANULE PACKETS	T4	SP HD
RAPAMUNE (sirolimus)	T5	SP HD
SANDIMMUNE CAPSULES (cyclosporine)	T5	SP HD
SANDIMMUNE SOLUTION	T4	SP HD
sirolimus (Rapamune)	T1	SP HD
tacrolimus (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS 0.25MG, 0.5MG, 0.75 MG TABLETS (everolimus)	T5	SP HD
ZORTRESS 1 MG TABLET	T5	SP HD
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
ACCU-CHEK	T2	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT PATCH, INSERTER	T2	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT	T3	
DEXCOM G6	T2	QL (3 Kits/23 Days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 sensors/30 days)
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK	T3	
EASY TOUCH	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK	T3	
EASYMAX	T3	
EASYMAX N	T3	
EMBRACE	T3	
EMBRACE EVO	T3	
EMBRACE PRO	T3	
EVENCARE G2	T3	
EVENCARE G3	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	PA QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	PA QL
FORA	T3	
FORACARE	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE	T2	
FREESTYLE LIBRE 2, 3	T2	PA QL (2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 Kits/21 Days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GENTLE DRAW	T2	
GLUCOCARD	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
LITE TOUCH	T2	
MEDISENSE	T2	
MICROLET	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T2	
OMNIPOD	T2	
OMNIPOD DASH	T2	QL (15 pods/30 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL (10 pods/30 days)
ONE TOUCH DELICA	T2	
ONE TOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
ONE TOUCH VERIO	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
T:FLEX	T2	
T:SLIM	T2	
TRUE METRIX	T3	
TRUECONTROL	T3	
ULTI-LANCE	T2	
UNISTIK 2	T2	
UNISTIK 3	T2	
VGO 20	T2	
VGO 30	T2	
VGO 40	T2	

AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

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

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS

ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER	T2	
AEROCHAMBER PLUS	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MASK	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
RITEFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
VORTEX	T2	

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen</i>	T1	
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T1	ST
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol-aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
CYCLOBENZAPRINE ER	T1	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Amrix)	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene</i>)	T3	
<i>dantrolene</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	PA
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
NORGESIC FORTE	T3	
<i>orphenadrine</i>	T1	
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
<i>orphengestic forte</i> (Norgesic Forte)	T1	
ROBAXIN (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

<i>daily prenatal</i>	T1	PPACA
<i>perry prenatal tablet</i> (Perry Prenatal)	T1	PPACA
<i>prenatal</i>	T1	PPACA
<i>prenatal complete</i>	T1	PPACA
<i>prenatal formula</i>	T1	PPACA
<i>prenatal multi + dha</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vitamin</i>	T1	PPACA
<i>prenavite</i> (Classic Prenatal)	T1	PPACA

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	HD
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2 (cont.)		
<i>alprazolam er</i> (Xanax XR)	T1	
<i>alprazolam intensol</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam odt</i>	T1	
<i>alprazolam xr</i> (Xanax XR)	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate di</i> (Tranxene T-Tab)	T1	
<i>diazepam</i> (Valium)	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
<i>lorazepam intensol</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE-T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
NARDIL (<i>phenelzine</i>)	T3	
PARNATE (<i>tranylcypromine</i>)	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
APLENZIN	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl er</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
BUPROPION HCL XL	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI) (cont.)		
<i>bupropion hcl xl</i> (Wellbutrin XL)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>bupropion sr</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
FORFIVO XL	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T5	PA QL SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr</i> (Celexa)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>escitalopram oxalate</i> (Lexapro)	T1	ST HD
<i>fluoxetine dr</i>	T1	QL ST HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Prozac)	T1	QL HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	QL HD
<i>paroxetine er</i> (Paxil CR)	T1	QL HD
<i>paroxetine hcl</i> (Paxil)	T1	ST HD
PAXIL (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL HD
PAXIL CR (<i>paroxetine cr</i>)	T3	ST QL HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
<i>vilazodone-hctz tablets</i>	T1	QL ST
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succinate er</i> (Pristiq)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i> (Cymbalta)	T1	QL HD
FETZIMA ERTITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL HD
<i>venlafaxine hcl er</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl er</i> (Effexor XR)	T1	QL HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 Units/30 days) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>amitriptyline-perphenazine</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸ (cont.)

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

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

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

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

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

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

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸

ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T1	PA QL (30 Units/30 days)
<i>modafinil</i> (Provigil)	T1	PA QL
SUNOSI	T2	PA QL (30 Units/30 days)
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ ER	T5	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T4	PA SP HD QL (540ml/30 days)
XYREM	T4	QL (540ml/ 30 Days) SP HD
XYWAV	T4	QL (540ml/ 30 Days)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>seconal</i> (Seconal Sodium)	T1	QL (30 Units/30 days)
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T5	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 Units/30 days)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
BELSOMRA	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Silenor)	T1	QL (30 Units/30 days)
EDLUAR	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 Units/30 days)
INTERMEZZO (<i>zolpidem tartrate</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days)
KETAMINE HCL	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>zaleplon</i>	T1	QL
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 Units/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

IRRIGANTES

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

AGENTES OXIDANTES

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-Ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL (1 kit/30 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T3	
TALTZ	T4	PA QL (1ML/21 Days) SP HD
TREMFYA	T4	PA QL SP HD

ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)		
METROLOTION (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metro lotion)	T1	
MIRVASO	T2	PA
NORITATE	T3	ST
RHOFADE	T3	PA
ROSADAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
SOOLANTRA	T3	ST QL (60GM/23 Days)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
HYFTOR 0.2% GEL	T3	PA
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 Units/30 days)
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBRXZA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP HP (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>baser</i> (Cutivate)	T1	
<i>betamethasone</i>	T1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol e</i>	T1	QL (120GM/23 Days)
<i>clobetasol emulsion</i> (Olux-E)	T1	QL (100 Units/23 Days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T5	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAPSULE	T5	PA SP
ORKAMBI	T4	PA QL (56 packets/28 days) SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T4	SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T4	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA 70 MG TABLET	T5	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE	T4	SP PA QL (28 tabs/30 days)
ZOKINVY	T3	PA QL (MAX 120 Caps/30 Days)
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
CINRYZE	T2	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T5	PA SP HD QL (24 vials/28 days)
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T5	PA SP HD QL (16 vials/28 days)
RUCONEST	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T5	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA (cont.)		
ORLADEYO 110MG, 150MG CAPSULE	T5	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T2	PA SP HD QL (2 units/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
FLUOROURACIL	T2	
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin</i>	T1	
MESNEX	T2	SP
VISTOGARD 10GM PKT	T4	PA QL (20 pkts/30days) SP
AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T3	
STERITALC	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T3	
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	T3	
ORAMAGICRX	T3	

T1 – Genéricos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
XEROSTOMIA RELIEF	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL (1 Pen/21 Days) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T5	SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
KEYEYIS	T5	PA ST SP
INHIBIDORES DE AMONIACO		
CARBAGLU	T4	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD QL (4 syr/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
ESBRIET	T5	PA QL(90 tabs/30 days) SP ST HD
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T1	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>cryoserv</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T5	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
<i>chloride</i>	T1	
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T2	PA
<i>clovique</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
FERRIPROX	T5	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (clovique)	T5	PA SP HD
trientine hcl (Syprine)	T1	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO 0.4 MG VIAL	T5	PA SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T5	PA QL SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
KUVAN	T4	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
SOLVENTES		
dy-o-derm	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
isopropyl alcohol	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)		
INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4		
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CARNITOR (levocarnitine)	T3	
CARNITOR SF (levocarnitine sf)	T3	
CYSTADANE	T4	PA ST SP
levocarnitine (Carnitor)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS (cont.)		
<i>levocarnitine sf</i> (Carnitor SF)	T1	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (1 Tab/23 Days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
ACTONEL 5 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<i>alendronate 10mg tablet</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<i>alendronate sodium 40mg tablet</i>	T1	HD
<i>alendronate 35mg, 70mg tablets</i> (Fosamax)	T1	QL (4 Tabs/ 21 Days) HD
<i>alendronate 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (4 Bottles/21 Days) HD
AELVIA (<i>risedronate dr</i>)	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
BONIVA (<i>ibandronate</i>)	T3	ST QL (1 Tab/23 Days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate</i>)	T3	ST QL (4 Tabs/21 Days) HD
<i>ibandronate</i> (Boniva)	T1	QL (1 Tab/23 Days) HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate</i>	T1	QL HD
<i>risedronate dr</i> (Atelvia)	T1	QL (4 Tabs/21 Days) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-I		
ARCALYST	T5	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-I		
ILARIS	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA QL (4ml/28 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY 150MG/ML SYRINGE	T4	PA SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
<i>buprenorphine hydrochloride</i>	T1	
<i>buprenorphine-naloxone</i> (Suboxone)	T1	QL
PROBUPHINE	T3	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	QL
ZUBSOLV	T2	QL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK 200 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl er</i> (Uroxatral)	T1	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	ST HD
<i>silodosin</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFA1 PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	ST HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA	T5	SP
THIOLA EC	T5	SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er</i>	T1	HD
ENABLEX (<i>darifenacin er</i>)	T3	ST
<i>fesoterodine er tablets</i> (generic)	T1	ST
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
DITROPAN XL (<i>oxybutynin chloride er</i>)	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i> (Ditropan XL)	T1	HD
OXYTROL	T3	ST QL (8 Patches/21 Days) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate er</i> (Detrol LA)	T1	HD
TOVIAZ	T3	ST HD
TOVIAZ ER	T3	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>super b-complex w/vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>vitamin b complex with c</i>	T1	HD PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>multivitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>mvc-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d & fluoride</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
<i>b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>balance b</i>	T1	HD PPACA
<i>balanced b-complex</i>	T1	HD PPACA
<i>dialyvite 800</i> (Nephro-Vite)	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

- medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son médicamente necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- medicamentos usados para la fertilidad,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

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

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	55, 56	ADLYXIN	42
abacavir-lamivudine.....	55, 56	ADRENALIN CHLORIDE.....	89
ABILIFY.....	118	ADVAIR.....	27
ABILIFY MYCITE.....	118	ADZENYS.....	60
abiraterone acetate.....	47	AEMCOLO.....	35
ABRYSCO.....	63	AEROCHAMBER.....	111
ABSORICA.....	120	AEROTRACH.....	112
ACAM2000.....	63	AEROVENT.....	112
acamprosate.....	131	AFINITOR.....	49
acarbose.....	42	AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET.....	49
ACCOLATE.....	28	afirmelle.....	79
ACCRUFER.....	94	AFLURIA.....	62
ACCU-CHEK.....	109	AFTERA.....	79
ACCUPRIL.....	69	AGRYLIN.....	55
ACCURETIC.....	68	AIMOVIG.....	15, 19
ACD.....	38	AIRDUO DIGIHALER.....	27
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....	111	AJOVY.....	15, 19
acebutolol.....	70	AKLIEF.....	126
acetaminophen w/butalbital.....	19	ak-poly-bac.....	30
acetaminophen w/codeine.....	21	AKTEN.....	91
acetate..... 37, 47, 49, 52, 64, 74, 79, 82, 90, 95, 102, 104, 105, 106, 107, 135		ALA-SCALP HP.....	123
acetazolamide.....	87	albendazole.....	45
acetic acid.....	89, 120	ALBENZA.....	45
acetylcysteine.....	28	albuterol.....	27
acitretin.....	120	ALCAINE.....	91
ACTEMRA.....	108	alclometasone dipropionate.....	123
ACTHIB.....	62	ALDACTAZIDE.....	88
ACTICLATE.....	35	ALDACTONE.....	88
ACTIGALL.....	99	ALDARA.....	122
ACTIMMUNE.....	52	ALECENSA.....	49
ACTIQ.....	21	alendronate.....	133
ACTIVELLA.....	104	alfuzosin.....	134
ACTONEL.....	133	ALINIA.....	53
ACTOPLUS MET.....	43	aliskiren.....	71
ACTOS.....	44	ALKERAN.....	47
acyclovir..... 57, 58, 59		allopurinol.....	24
ACZONE.....	121	ALLZITAL.....	19
ADACEL.....	62	almotriptan malate.....	15, 19
ADALAT.....	65	alopen.....	101
ADALIMUMAB.....	46	ALORA.....	104
adapalene..... 121, 126		alose tron.....	101
adapalene-benzoyl peroxide.....	121	ALPHAGAN.....	92
ADASUVE.....	118	alprazolam..... 113, 114	
ADBRY.....	133	ALTABAX.....	123
adefovir dipivoxil.....	58	altacaine.....	91
ADEMPAS.....	67	ALTACE.....	69
ADHANSIA.....	116	ALTAFLUOR BENOX.....	91
ADIPEX-P.....	52	altavera.....	79
		ALTRENO.....	126

Índice de medicamentos

ALUNBRIG.....	49	ANTABUSE.....	131
ALVESCO.....	28	ANTARA.....	73
alyacen.....	79, 83	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE.....	38
amabelz.....	104	anucort-hc.....	102
AMARYL.....	43	apap-caffeine-dihydrocodeine.....	21
ambrisentan.....	67	apexicon e.....	123
amcinonide.....	123	APLENZIN.....	114
AMELUZ.....	52	apraclonidine.....	92
AMERGE.....	19	aprepitant.....	97
amethia.....	79	APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL.....	57
amethyst.....	79	apri.....	79
AMICAR.....	63	APRISO.....	100
amiloride.....	88	APTENSIO.....	116
aminoacetic acid.....	46	APTIOM.....	76
aminocaproic acid.....	63	APTIVUS.....	55
amiodarone.....	64	AQUORAL.....	130
amitriptyline.....	115, 116	ARAKODA.....	45
amitriptyline/chlordiazepoxide.....	115	ARAKODA 100mg tablets.....	45
amitriptyline-perphenazine.....	115	aranelle.....	79
amlodipine-atorvastatin.....	72	ARAVA.....	24
amlodipine besylate.....	65, 68	ARCALYST.....	133
amlodipine-olmesartan.....	69	ARCAPTA NEOHALER.....	27
amlodipine-valsartan.....	69	ARESTIN.....	45
amlodipine-valsartan-hctz.....	69	AREXVY.....	63
amnesteem.....	120	ARICEPT.....	59
amoxapine.....	116	ARIDOL.....	86
amoxicillin.....	34, 45	ARIKAYCE.....	31
amoxicillin-clavulanate potass.....	34	aripiprazole.....	118
amoxicillin-clavulanate pot er.....	34	ARIXTRA.....	38
amphetamine.....	60	armodafinil.....	119
AMPHETAMINE ER.....	60	ARNUITY ELLIPTA.....	28
ampicillin trihydrate.....	34	AROMASIN.....	48
AMPYRA.....	75	ARRANON.....	47
AMVISC.....	93	ARTHROTEC.....	25
AMZEEQ.....	36	ARTISS.....	123
ANADROL-50.....	103	ARYMO ER.....	21
ANAFRANIL.....	116	asa-butalb-caff-cod.....	23
anagrelide hydrochloride.....	55	ascomp with codeine.....	23
ANA-LEX.....	103	ashlyna.....	79
ANALPRAM-HC.....	103, 125	ASMANEX.....	28
ANAPROX DS.....	25	aspirin.....	19, 21, 23, 54, 55, 112, 113
anaspaz.....	98	ASTAGRAF.....	108
anastrozole.....	48	atazanavir.....	56, 57
ANCOBON.....	39	ATELVIA.....	133
ANDRODERM.....	103	atenolol.....	70, 71
ANGELIQ.....	105	ATIVAN.....	114
ANNOVERA.....	78	atomoxetine.....	117
ANORO ELLIPTA.....	27	atorvastatin.....	72

Índice de medicamentos

atovaquone	45, 46	BASAGLAR.....	44
atovaquone-proguanil	45, 46	BAXDELA	35
atropine	92, 97	b complex	135, 136
ATROPINE	92	b complex w-vitamin c	135
ATROVENT HFA.....	26	BD.....	111
AUBAGIO	74	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2.....	86
aubra	79	bekyree.....	79
AUGMENTIN.....	34	BELBUCA	21
aurovela.....	79	belladonna & opium.....	21
AURYXIA.....	95	belladonna-phenobarbital.....	98
AUSTEDO.....	74	BELSOMRA	119
AUVI-Q.....	59	benazepril	68, 69
AVANDIA	44	BENLYSTA	133
avar.....	37	BENZACLIN.....	121
AVAR.....	37	BENZAMYCIN	36
aviane	79	benzepril	122
avidoxy	35	BENZEPRO	122
AVIDOXY DK	35	BENZNIDAZOLE	46
avita.....	126	benzonatate	84
AVITA	126	benzoyl peroxide.....	36, 37, 121, 122
AVITENE.....	64	benzphetamine hcl.....	52, 53
AVONEX	74	benztropine mesylate	53
AYGESTIN.....	107	BEOVU	93
ayuna.....	79	beser.....	123, 124
AYVAKIT	49	BETADINE	90
AZASAN.....	108	betamethasone.....	40, 123, 124, 126
AZASITE.....	30	BETAPACE	70
azathioprine	108	BETASERON	74
azelaic acid.....	122	betaxolol	71, 92
azelastine	42, 88, 89	bethanechol chloride.....	61
AZELEX.....	121	BETHKIS.....	31
azithromycin	33, 34	BETOPTIC.....	92
AZULFIDINE.....	100	BEVACIZUMAB	93
azurette	79	BEVESPI AEROSPHERE	27
B		BEVYXXA.....	38
bacitracin.....	29, 30	bexarotene	47
bacitracin/polymyxin.....	30	BEXSERO.....	61
BACTRIM	31	BEYAZ	79
BAFIERTAM.....	74	bicalutamide	47
balance b.....	135	BIDIL.....	72
balanced b-complex.....	135	BIKTARVY	57
balanced salt.....	91	BILTRICIDE	45
balsalazide di	100	bimatoprost.....	92
BALVERSA	49	BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST	86
balziva	79	BINAXNOW COVID-19 AG CARD.....	86
BANZEL	76	BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	86
BAQSIMI	94	BINOSTO	133
BARACLUDE.....	58	bio glo	87
		biolon	93

Índice de medicamentos

bisacodyl	101	butalbital/caff/apap/codeine	23
bisa-lax	101	butalbital compound w/codeine	23
bisoprolol fumarate	71	butorphanol tartrate	21
BLEPH-10	29	BYDUREON	42
BLEPHAMIDE	29	BYETTA	42
BLEPHAMIDE S.O.P.	29	C	
blisovi	80	cabergoline	107
BOCASAL	130	CABLIVI	63
BONIVA	133	CABOMETYX	49
BONJESTA	98	CADUET	72
BOOSTRIX	62	CAFERGOT	15, 19
bosentan	67	caffeine d	74
BOSULIF	49	CALAN	65
BRAFTOVI	48	calcipotriene	121, 126
BREO ELLIPTA	27	calcitonin-salmon	108
BREXAFEMME	40	calcitriol	121, 136
BREYANZI	48	CALCIUM	65, 95
breyna	27	CALQUENCE	49
briellyn	80	CAMBIA	19
BRILINTA	54	camila	80
brimonidine	92	camrese	80
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	92	CAMZYOS	65
BRIVIACT	76	candesartan cilexetil	70
BROMFED-DM	85	candesartan-hydrochlorothiazid	69
bromipheniramin-pseudoephed-dm	85	CAPCOF	85
bromocriptine mesylate	54	capecitabine	47, 48
brompheniramine w/pseudoephed	85	CAPEX SHAMPOO	123
BRONCHITOL	128	CAPHOSOL	130
BROVANA	27	CAPLYTA	118
BRUKINSA	49	CAPRELSA	49
BRYHALI	123	captopril	68, 69
budesonide	28, 105, 106	captopril/hydrochlorothiazide	68
budesonide-formoterol	27	CARAFATE	98
buffered aspirin	19	CARBAGLU	130
bufferin	19	carbamazepine	76, 77
bumetanide	87	CARBATROL	76
BUPHENYL	97	carbidopa	53, 54
buprenorphine	21, 134	carbidopa/levodopa	53
bupropion	114, 115, 127	carbidopa-levodopa-entacapone	53, 54
BUPROPION	114	carbidopa-levodopa er	53
buspiron	114	carbinoxamine	41
butalb-acetamin-caff 50-300-40	15	CARDIOPLEGIA	66
butalb-acetamin-caff 50-325-40	15	cardioplegic	66
butalb/acetaminophen/caffeine	15	CARDIZEM	65
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15	CARDURA	68
butalbital/acetaminophen	15	carisoprodol	23, 112, 113
butalbital/apap/caffeine	19	carisoprodol-aspirin	23, 112
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	15	carisoprodol-aspirin-codeine	23
butalbital-asp-caffeine	19	CARNITOR	132

Índice de medicamentos

CAROSPIR.....	88	ciclopirox.....	40, 46
carteolol.....	92	cilostazol.....	54
cartia.....	65	CLOXAN.....	30
CASODEX.....	47	CIMDUO.....	55
CATAPRES.....	70	cimetidine.....	100
CAYA CONTOURED.....	84	cinacalcet hcl.....	129
CAYSTON.....	32	CINRYZE.....	128
caziant.....	80	CIPRO.....	35
cefaclor.....	33	CIPRODEX.....	29
cefadroxil.....	33	ciprofloxacin hcl.....	29, 30, 35
cefdinir.....	33	citalopram.....	115
cefditoren pivoxil.....	33	citroma.....	101
cefixime.....	33	claravis.....	120
cefepodoxime proxetil.....	33	CLARINEX.....	41
cefprozil.....	33	CLARINEX-D.....	41
ceftriaxone.....	33	clarithromycin.....	33
cefuroxime axetil.....	33	clarithromycin er.....	33
celecoxib.....	26	clearlax.....	101
CELLCEPT.....	108	clemastine fumarate.....	41
CELLUGEL.....	94	CLEOCIN HCL.....	33
CELONTIN.....	76	CLEOCIN PALMITATE.....	33
CENTANY.....	36	CLEOCIN PHOSPHATE.....	36
cephalexin.....	33	CLEOCIN T.....	36
CEQUA.....	93	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	112
CEQR SIMPLICITY.....	109	clidinium w/chlordiazepoxide.....	97
CERDELGA.....	131	CLIMARA.....	104
CERVIDIL.....	106	clindacin.....	36
CETACAINE ANESTHETIC.....	23	CLINDACIN.....	36
cetorelix acetate.....	106	clindamycin.....	33, 36, 37, 121
cevimeline.....	61	clindamycin hcl.....	33
CHANTIX.....	127	clindamycin palmitate hcl.....	33
chateal.....	80	clindamycin pediatric.....	33
CHEMET.....	131	clindamycin phosphate.....	36, 37
CHENODAL.....	99	CLINDESSE.....	36
children's aspirin.....	54	CLINPRO 5000.....	94
chlordiazepoxide.....	97, 114, 115	clobazam.....	76
chlorhexidine gluconate.....	129	clobetasol.....	123, 124, 125
chloride.....	61, 96, 131, 135	clobetasol propionate.....	124, 125
chloroquine.....	45	CLOBEX.....	124
chlorpromazine.....	118	clodan.....	124
chlorthalidone.....	71, 88	CLODAN.....	124
chlorzoxazone.....	112, 113	CLODERM.....	124
CHOLBAM.....	99	clomipramine.....	116
cholestyramine.....	72, 73	clonazepam.....	76
choline mag trisalicylate.....	19	clonidine.....	70, 116
choline salicyl/mag salicylate.....	15	clopidogrel.....	54
CHORIONIC GONAD.....	107	clorazepate di.....	114
ciclodan.....	40	clotrimazole.....	39, 40
CICLODAN.....	46	clovique.....	131, 132

Índice de medicamentos

clozapine.....	117	CRINONE.....	107
CLOZAPINE.....	117	CRIXIVAN.....	56
CLOZARIL.....	117	cromolyn.....	24, 28, 91
COARTEM.....	45	croton.....	53
COCAINE.....	89	CRRT TRISODIUM CITRATE.....	38
codeine.....	21, 23, 85	cryoserv.....	131
CODITUSSIN AC.....	85	cryselle.....	80
CODITUSSIN DAC.....	85	CUROSURF.....	128
COLAZAL.....	100	CUTIVATE.....	124
colchicine.....	24, 26	CUVPOSA.....	97
colesevelam.....	73	CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST.....	86
COLESTID.....	73	cyanocobalamin.....	136
colestipol.....	73	cyclafem.....	80
colocort.....	103	cyclobenzaprine.....	113
COLY-MYCIN S.....	29	CYCLOBENZAPRINE ER.....	112
COMBIGAN.....	92	CYCLOGYL.....	92
COMBIPATCH.....	104	CYCLOMYDRIL.....	92
COMBIVENT.....	27	cyclopentolate hcl.....	92
COMBIVENT RESPIMAT.....	27	CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	92
COMBIVIR.....	55	cyclophosphamide.....	47
COMETRIQ.....	49	CYCLOSERINE.....	32
COMPACT SPACE CHAMBER.....	112	CYCLOSET.....	42
compro.....	98	cyclosporine.....	108, 109
COMTAN.....	54	CYCLOSPORINE IN KLARITY.....	93
CONDYLOX.....	122	CYLTEZO.....	46
CONSENSI.....	65	cyproheptadine hcl.....	41
constulose.....	101	cyred.....	80
CONTOUR.....	109	CYSTADANE.....	132
CONTRAVE.....	53	CYSTAGON.....	134
CONZIP.....	21	CYSTARAN.....	93
COPAXONE.....	74	CYTOTEC.....	98
COPIKTRA.....	49	D	
CORDRAN.....	124	daily prenatal.....	113
coremino.....	35	dalfampridine.....	75
CORGARD.....	71	danazol.....	107
CORTANE-B.....	89	DANTRIUM.....	113
CORTEF.....	105	dantrolene.....	113
CORTENEMA.....	103	dapsone.....	32, 121
cortisone acetate.....	105	DAPTACEL.....	62
CORTISPORIN.....	29, 36	DARAPRIM.....	45
CORTISPORIN-TC.....	29	darifenacin.....	134
COTELLIC.....	48	darunavir.....	55
COTEMPLA.....	116	dasetta.....	80
COUMADIN.....	38	DAURISMO.....	48
covaryx.....	104	DAYPRO.....	25
COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP.....	86	daysee.....	80
CREON.....	102	DAYTRANA.....	116
CRESEMBA.....	39	DDAVP.....	104
		DDAVP SOLUTION.....	104

Índice de medicamentos

deblitane.....	80	diazepam.....	76, 114
decadron.....	105	DIBENZYLIN.....	61
deferasirox.....	131	DICLEGIS.....	98
DELESTROGEN.....	104	diclofenac.....	19, 20, 25, 120
demeclocycline hcl.....	35	diclofenac -misoprostol.....	25
DEMSER.....	70	dicloxacillin.....	34
DENAVIR.....	59	dicyclomine hcl.....	97
denta 5000 plus.....	94	didanosine.....	56
dentagel.....	94	diethylpropion.....	52
DEPAKOTE.....	76	DIFFERIN.....	126
DEPEN.....	24	DIFICID.....	33
DEPO-ESTRADIOL.....	104	diflorasone diacetate.....	124
DEPO-PROVERA.....	79, 107	DIFLUCAN.....	39
DEPO-SUBQ PROVERA.....	79	diflunisal.....	15, 19
DEPO-TESTOSTERONE.....	103	digitek.....	66
DERMA-SMOOTHIE-FS.....	124	digoxin.....	66
DERMOTIC.....	89	dihydroergotamine.....	15
DESCOVY.....	55	dihydroergotamine mesylate.....	19, 20
desflurane.....	23	DILANTIN.....	76
desipramine.....	116	DILATRATE-SR.....	67
desloratadine.....	41	DILAUDID.....	22
desmopressin acetate.....	104	diltiazem.....	65, 66
desogestrel-ethinyl estradiol.....	80	dilt-xr.....	65
desogestr-eth estrad eth estra.....	80	diphenoxylate w/atropine.....	97
DESONATE.....	124	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	62
desonide.....	124, 125	DIPROLENE.....	124
DESOWEN.....	124	dipyridamole.....	54
desoximetasone.....	124, 125	DISCOVISC.....	93
DESOXYN.....	60	diskets.....	22
desvenlafaxine succinate.....	115	disopyramide phosphate.....	64
dex4 glucose.....	94, 95	disulfiram.....	131
dexamethasone.....	29, 105	DITROPAN.....	135
DEXAMETHASONE-MOXIFLOXACIN.....	29	DIURIL.....	88
DEXAMETHASONE-MOXIFLOX-KETORLC.....	29	divalproex.....	76
dexchlorpheniramine maleate.....	41	dofetilide.....	64
DEXCOM.....	109	DOLOPHINE HCL.....	22
DEXEDRINE.....	60	donepezil.....	59
dexlansoprazole.....	102	DONNATAL.....	98
dexmethylphenidate.....	116	DOPTLET.....	78
DEXONTO.....	105	dorzolamide.....	91, 92
DEXPAK.....	105	DORZOLAMIDE.....	91, 92
DEXTENZA.....	90	dotti.....	104
dextroamphetamine.....	60	DOVATO.....	55
DEXYCU.....	90	DOVONEX.....	121
D.H.E.45.....	19	doxazosin mesylate.....	68
DIACOMIT.....	76	doxepin.....	116, 119, 121
dialyvite.....	135	doxercalciferol.....	130
DIASTAT.....	76	doxycycline hyclate.....	35, 36, 129
DIASTIX REAGENT.....	86	doxycycline monohydrate.....	35, 36

Índice de medicamentos

doxylamine succ-pyridoxine hcl	98	eletriptan hbr	20
DRISDOL	136	eletriptan hydrobromide	15
dronabinol.....	97	ELIMITE	53
drospirenone-eth estra-levomef.....	79, 80	elinest.....	80
drospirenone-ethinyl estradiol.....	80, 84	ELIQUIS.....	38
DROXIA	63	ELIXOPHYLLIN	28
DSUVIA.....	22	ELLA	80
DUAVEE	105	ELLUME COVID-19 HOME TEST	86
ducodyl	101	ELMIRON	23
DUETACT.....	43	eluryng.....	78, 79
DUEXIS	25	EMBRACE	109
DULERA	27	EMCYT.....	52
duloxetine	115	EMEND	98
DUOBRII.....	121	EMGALITY	15, 20, 75
DUOPA.....	54	emoquette	80
DUOVISC.....	93	Empaveli	63
DUPIXENT.....	108	EMSAM	114
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE.....	108	EMTRIVA.....	56
DUREZOL	90	EMVERM	45
dutasteride.....	134	ENABLEX	134
dvorah	21	enalapril maleate.....	68, 69, 70
DXEVO	105	enalapril maleate/hctz	68
DYANAVAL	60	ENBREL.....	46
DYAZIDE.....	88	ENDO-AVITENE.....	64
DYMISTA.....	89	endocet	21
dy-o-derm.....	132	ENFAMIL.....	95
DYRENIUM	88	ENGERIX-B	63
E		ENHERTU	51
EASIVENT	112	enoxaparin	38
EASY	109	enpresse	80
EASYMAX	109	enskyce.....	80
EC-NAPROSYN	25	ENSTILAR.....	126
econazole nitrate.....	40	ENSTILAR FOAM.....	126
econtra ez.....	80	entacapone	53, 54
econtra one-step	80	entecavir.....	58
ecotrin	19, 55	ENTEREG.....	102
ecpirin	19	enteric coated aspirin.....	55
EDECRIN	87	ENTOCORT EC	105
EDLUAR	119	ENTRESTO	69
ed-spaz	99	ENTYVIO.....	100
EDURANT	56	enulose.....	97
eemt.....	104	ENZOCLEAR	122
e.e.s.	33	EPCLUSA.....	58
E.E.S.....	33, 34	EPIDIOLEX	76
efavirenz.....	56	EPIDUO FORTE GEL PUMP.....	121
effer-k	96	EPIFOAM	125
EFFIENT	55	epinastine	42
EGRIFTA	106	epinephrine.....	59
ELEPSIA	76	EPINEPHRINE-LIDOCAINE HCL-BSS.....	92

Índice de medicamentos

EPIPEN.....	59	EVENCARE.....	109
EPISIL.....	130	everolimus.....	49, 109
epitol.....	76	EVERSENSE.....	109, 110
EPIVIR.....	56, 58	EVISTA.....	133
eplerenone.....	88	EVKEEZA.....	72
eprosartan mesylate.....	70	EVOCLIN.....	37
EPSOLAY.....	122	EVOTAZ.....	56
EPZICOM.....	56	EVOXAC.....	61
EQUETRO.....	114	EXEL.....	111
ergoloid mesylates.....	72	EXELDERM.....	40
ERGOMAR.....	20	exel huber.....	111
ergotamine-caffeine.....	20	EXEL HUBER.....	111
ergotamine tartrate/caffeine.....	15	EXELON.....	59
ERIVEDGE.....	48	exemestane.....	48
ERLEADA.....	47	EXKIVITY.....	49
erlotinib hcl.....	49, 51	EXSERVAN.....	74
ERMEZA.....	127	EXTINA.....	40
errin.....	80	EYLEA.....	93
ERTACZO.....	40	EYSUVIS.....	90
ery.....	34, 37	ezetimibe.....	72, 73
erygel.....	37	ezetimibe-atorvastatin.....	72
ERYPED.....	33	ezetimibe-simvastatin.....	72
ery-tab.....	34	F	
erythrocin stearate.....	34	FABIOR.....	126
erythromycin.....	30, 33, 34, 36, 37	falmina.....	80
erythromycin ethylsuccinate.....	34	famciclovir.....	57
erythromycin stearate.....	34	famotidine.....	100
ESBRIET.....	131	FANAPT.....	117
escitalopram oxalate.....	115	FARESTON.....	52
ESGIC.....	15, 19	FARXIGA.....	42
ESKATA.....	121	FARYDAK.....	47
ESOMEPRAZOLE.....	102	FASENRA PEN.....	28
esomeprazole magnesium.....	102	fayosim.....	80
estarylla.....	80, 83	FC2 FEMALE CONDOM.....	84
estazolam.....	119	febuxostat.....	24
ESTRACE.....	104	felbamate.....	76
estradiol.....	79, 80, 81, 82, 84, 104, 105, 107	FELBATOL.....	76
estrogen & methyltestosterone.....	104	FELDENE.....	25
eszopiclone.....	119	felodipine.....	65
ethacrynic acid.....	87	FEMARA.....	48
ethambutol hcl.....	32	FEMCAP.....	84
ethosuximide.....	76, 78	FEMHRT.....	104
ethynodiol-ethinyl estradiol.....	80	fem ph.....	45
etodolac.....	25	femynor.....	81, 83
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	79	fenofibrate.....	73
etoposide.....	51	fenofibric acid.....	73
EUCRISA.....	123	FENOGLIDE.....	73
EUTHYROX.....	127	fenoprofen.....	25, 26
EVEKEO.....	60	FENORTHO.....	25

Índice de medicamentos

fentanyl	21, 22	flurazepam	119
FERAHEME	94	flurbiprofen	25, 90
FERRIPROX	132	flutamide	47
fesoterodine	134	fluticasone propionate	89, 124
FETZIMA	115	fluticasone-salmeterol	27, 28
FEXMID	113	fluvastatin	72
FIBRICOR	73	flvoxamine maleate	115
FILTER	111	FLUZONE	62
FINACEA	122	FML	90
finasteride	134	folic acid	135
finngolimod	74	foltabs	136
FIORICET	15, 19, 23	fondaparinux	38
FIORINAL	15, 19, 23	FORA	86, 110
FIORINAL W/CODEINE	23	FORACARE	110
FIRDAPSE	75	FORA GTEL KETONE	86
FIRMAGON	49	forane	23
flac otic oil	89	FORFIVO	115
FLAGYL	31	FORTAMET	43
flavoxate	135	FORTEO	130
flecainide acetate	64	FORTESTA	103
FLECTOR	120	FORTISCARE	110
FLEXICHAMBER	112	FOSAMAX	133
FLOLIPID	72	fosamprenavir	56, 57
FLOMAX	134	fosaprepitant dimeglumine	98
FLONASE	89	fosinopril	68, 69
FLOVENT	28	fosinopril-hydrochlorothiazide	68
FLOW-EZE	111	FRAGMIN	38
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST	86	FREESTYLE	86, 110
FLUAD	62	frovatriptan succinate	20
FLUARIX	62	ful-glo	87
FLUBLOK	62	full spectrum b	136
FLUCELVAX	62	FULPHILA	78
fluconazole	39	furosemide	87
flucytosine	39	FUROSEMIDE	87
fludrocortisone acetate	106	FUZEON	56
FLULAVAL	62	fyavolv	104
FLUMIST	62	FYCOMPA	77
flunisolide	89	fyremadel	106
fluocinolone acetonide	89, 124, 125	G	
fluocinolone acetonide oil	89	gabapentin	77
fluocinonide	124	GABITRIL	77
fluoride	96, 135	GALAFOLD	132
FLUORIDEX	94	galantamine	60
fluoritab	94, 96	GALZIN	132
fluorometholone	90	GARDASIL 9	63
FLUOROURACIL	129	GASTROCROM	24
fluoxetine	115, 118	gatifloxacin	30
fluphenazine	118	GATTEX	103
flurandrenolide	124	gavilax	101

Índice de medicamentos

gavilyte-g.....	101	GLYXAMBI.....	43
gavilyte-n.....	101	GONITRO.....	67
GAVRETO.....	49	GOPRELTO.....	89
GELCLAIR.....	129	GRALISE.....	75
GELFILM.....	91, 132	granisetron.....	98
GEL-FLOW.....	64	GRASTEK.....	61
GELFOAM.....	64	griseofulvin.....	40
GELNIQUE.....	135	g tussin ac.....	85
gemfibrozil.....	73	guaifenesin ac.....	85
GEMTESA.....	134	guaifenesin dac.....	85
generlac.....	97	guaifenesin with codeine.....	85
gengraf.....	108	guanfacine.....	70, 116
GENOTROPIN.....	106	guanidine.....	61
gentak.....	30	GUARDIAN.....	110
gentamicin.....	30, 31, 37	guiatussin ac.....	85
GENTLE DRAW.....	110	GVOKE.....	95
gentlelax.....	101	GYNAZOLE.....	39
gentle laxative.....	101, 102	gynol.....	79
GENVOYA.....	57	H	
GEODON.....	117	HAEGARDA.....	128
gianvi.....	81	hailey.....	81
GILOTRIF.....	50	halcinonide.....	124
glatiramer acetate.....	74	HALCION.....	119
glatopa.....	74	halobetasol propionate.....	124
GLEOSTINE.....	47	HALOG.....	124
glimepiride.....	43	haloperidol.....	118
glipizide.....	43, 44	HARVONI.....	58
GLOPERBA.....	24	HAVRIX.....	63
glostrips.....	87	hc pramoxine.....	89, 103, 125
GLUCAGEN.....	86, 94	HEALTHWISE.....	111
GLUCAGON.....	94	HEALTHY ACCENTS.....	110, 111
GLUCO.....	95	HEALTHY ACCENTS AUTOLET.....	110
gluco burst.....	94, 95	healthylax.....	101
GLUCOCARD.....	110	heather.....	81
GLUCOCOM.....	110	HEMANGEOL.....	71
glucose.....	94, 95	HEMLIBRA.....	63
GLUCOSE.....	95, 110	hemmorex-hc.....	102
GLUCOTROL.....	43	heparin.....	38
GLUTOL.....	95	HEPLISAV-B.....	63
glutose.....	95	HEPSERA.....	58
GLUTOSE.....	95	HETLIOZ.....	119
glyburide.....	43, 44	HIBERIX.....	62
GLYCATE.....	97	hidex.....	105
glycine.....	46	HIPREX.....	31
glycolax.....	101	HISTEX-AC.....	85
glycopyrrolate.....	97	homatropaire.....	92
glydo.....	23	HORIZANT.....	74
GLYNASE.....	43	HUMALOG.....	44
GLYSET.....	42	HUMIRA.....	46

Índice de medicamentos

HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK	46	IMURAN	108
HUMULIN	44	INBRIJA	54
HURRICAIN LUER-LOCK	111	incassia	81
HYALURONIDASE	93	INCONTROL	110
HYCANTIN	49	INCRELEX	106
hydralazine	70	INCRUSE ELLIPTA	26
HYDREA	47	indapamide	88
hydrochlorothiazide	68, 69, 70, 71, 88	INDOCIN	25
hydrocodone bitartrate	22	indomethacin	25
hydrocodone bit-ibuprofen	21	INFANRIX	62
hydrocodone-chlorpheniramine	85	INFASURF	128
hydrocodone compound	85	INFINITY	110
hydrocodone/homatropine	85	INGREZZA	74
hydrocodone w/acetaminophen	21	INLYTA	50
hydrocortisone	89, 102, 103, 105, 123, 124	INOVA	122
hydrocortisone acetate	102	INSPIRACHAMBER	112
hydrogen peroxide	120	INSPRA	88
hydromet	85	INSTACLEAN	132
hydromorphone	22	INSULIN LISPRO	44
hydroxocobalamin	136	INTELENCE	56
hydroxychloroquine	45	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST	86
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	132	INTERMEZZO	119
hydroxyurea	47	INTRON A	52
hydroxyzine	41	introvale	81
hyophen	31	INVEGA	117
hyoscyamine	99	INVELTYS	90
hyosyne	99	INVIRASE	57
HYPER-SAL	131	INVOKAMET	44
HYPOLANCE	110	iodine	96, 126
HYPROMELLOSE	132	IODOFLEX	126
HYRIMOZ	46	IODOSORB	126
HYSINGLA ER	22	IOPIDINE	92
I		IPOL	61
ibandronate	133	ipratropium-albuterol	27
IBRANCE	50	ipratropium bromide	26, 89
ibu	25	irbesartan	69, 70
ibuprofen	21, 25	irbesartan-hydrochlorothiazide	69
icatibant	128	IRESSA	50
ICLUSIG	50	ISENTRESS	57
IDHIFA	51	isibloom	81
ILARIS	133	isoflurane	23
ILEVRO	90	isoniazid	32
ILUVIEN	90	ISOPROPANOL	132
imatinib mesylate	50	isopropyl alcohol	132
IMBRUVICA	50	ISOPROPYL ALCOHOL	46, 132
imipramine	116	ISOPTO ATROPINE	92
imiquimod	122	ISOPTO CARPINE	92
IMPAVIDO	46	ISORDIL	67
IMPOYZ	124	isosorbide dinitrate	67

Índice de medicamentos

isosorbide mononitrate	67	kionex.....	95
isotretinoin.....	120	KISQALI.....	50
isoxsuprine.....	72	KITABIS PAK.....	31
isradipine.....	65	KLARITY.....	30, 90, 93
itraconazole.....	39	KLARITY-A.....	30
ivermectin.....	45, 122	KLARON.....	121
J		KLONOPIN.....	76
JAKAFI.....	48	klor-con.....	96
JALYN.....	134	K-PHOS.....	96
jantoven.....	38	KRINTAFEL.....	45
JANUMET.....	43	KRISTALOSE.....	101
JANUVIA.....	43	k-tab.....	96
JARDIANCE.....	42	K-TAB.....	96
jasmiel.....	81	KUVAN.....	132
JEMPERLI.....	51	KYLEENA.....	84
jencycla.....	81	L	
JETREA.....	94	LACRISERT.....	90
jinteli.....	105	lactulose.....	97, 101
JOENJA.....	128	LAMICTAL.....	77
jolessa.....	81	lamivudine.....	55, 56, 58
JORNAY.....	116	lamivudine-zidovudine.....	55, 56
JUBLIA.....	40	lamotrigine.....	77
juleber.....	81	LANOXIN.....	66
JULUCA.....	55	lansoprazol-amoxicil-clarithro.....	98
junel.....	81	lansoprazole.....	102
JUXTAPID.....	72	lanthanum carbonate.....	95
JYNARQUE.....	87, 88	LANTUS.....	44
JYNNEOS.....	63	larin.....	81
K		larissia.....	81
KADIAN.....	22	LASIX.....	87
kaitlib.....	81	LASTACAPT.....	42
KALBITOR.....	128	latanoprost.....	92
KALETRA.....	57	LATANOPROST.....	91, 92
kalliga.....	81	LATUDA.....	117
KALYDECO.....	128	laxaclear.....	101
KAPVAY.....	116	laxative.....	101, 102
KARBINAL.....	41	layolis.....	81
kariva.....	81	LAZANDA.....	22
KEFLEX.....	33	leena.....	81
kelnor.....	81	leflunomide.....	24
KENALOG.....	124	LENVIMA.....	50
KESIMPTA.....	74	LESCOL.....	72
KETAMINE.....	119	lessina.....	81
ketoconazole.....	39, 40, 41	L.E.T.....	23
ketodan.....	40	letrozole.....	48
ketoprofen.....	25	leucovorin.....	129
ketorolac.....	20, 90	LEUKERAN.....	47
KEVEYIS.....	130	LEUKINE.....	78
KINRIX.....	62	leuprolide acetate.....	49

Índice de medicamentos

levabuterol hcl	27	lopinavir-ritonavir	57
LEVAQUIN	35	lopreeza	105
LEVBID	99	LOPRESSOR	71
LEVEMIR	44	LOPROX	40
levetiracetam	77	lorazepam	114
levobunolol	92	LORBRENA	50
levocarnitine	132, 133	lorcet	21
levofloxacin hemihydrate	30, 35	LORTAB	21
levonest	81	lortuss ex	85
levonorgestrel	81	loryna	82
levonorg-eth estrad eth estrad	81	LORZONE	113
levora	82	losartan	69, 70
levorphanol tartrate	22	losartan-hydrochlorothiazide	69
LEVO-T	127	LOTEMAX	90
levothyroxine	127	LOTENSIN	68, 69
levoxyl	127	LOTENSIN HCT	68
LEVSIN	99	loteprednol etabonate	90
LEVULAN	52	LOTRISONE	40
LEXETTE	124	lovastatin	72
LEXIVA	57	LOVAZA	96
lidocaine	23, 24, 103, 125	low dose aspirin	55
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	23	low-ogestrel	82
lidocaine-hc	103, 125	loxapine succinate	118
lidocaine-prilocaine	24	lo-zumandimine	82
LILETTA	84	lubiprostone	101
lillow	82	LUCENTIS	93
lindane	125	ludent fluoride	96
linezolid	34	lugol's	96
LINZESS	100	Lumakras	48
liothyronine	127	LUMIGAN	92
LIPOFEN	73	LUMRYZ	119
lisinopril	68, 69, 70	LUPANETA	106
lisinopril-hctz	68	LUPKYNIS	108
LITEAIRE	112	LUPRON DEPOT	49, 106
LITE TOUCH	110, 111	lutera	82
LITETOUCH	112	LUXIQ	124
lithium	114	LUZU	40
LITHOBID	114	LYNPARZA	50
LITHOSTAT	97	LYSODREN	51
LIVALO	72	LYSTEDA	63
LIVTENCITY	57	LYTGObI	50
LODINE	25	lyza	82
LODOSYN	54	M	
LOKELMA	95	MACROBID	34
LOMAIRA	52	MACRODANTIN	34
LOMOTIL	97	MACUGEN	93
LONHALA MAGNAIR	26	mafenide acetate	37
LONSURF	48	magnesium	101, 102
LOPID	73	MALARONE	45, 46

Índice de medicamentos

malathion.....	125	methimazole.....	127
maprotiline.....	116	METHITEST.....	103
MAR-COF CG.....	85	methocarbamol.....	113
marlissa.....	82	methotrexate.....	48
MARPLAN.....	114	methoxsalen.....	120
MASK.....	112	methscopolamine bromide.....	99
MATULANE.....	52	methyl dopa.....	70
matzim.....	65	methyl dopa/hydrochlorothiazide.....	70
MAVENCLAD.....	74, 75	methylergonovine maleate.....	106
MAXITROL.....	29	METHYLIN.....	116
MAXI-TUSS CD.....	85	methylphenidate.....	116, 117
MAXZIDE.....	88	methylpred dp.....	105
MAYZENT.....	75	methylprednisolone.....	105
m-clear wc.....	86	methyltestosterone.....	103, 104
meclofenamate.....	25	metoclopramide.....	100
MEDISENSE.....	110	metolazone.....	88
MEDROL.....	105	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	71
medroxyprogesterone acetate.....	79, 107	metoprolol succinate.....	71
mefenamic acid.....	20, 21	metoprolol tartrate.....	71
mefloquine hcl.....	46	METROCREAM.....	122
megestrol acetate.....	52, 135	METROGEL.....	122
MEKTOVI.....	48	METROLOTION.....	123
melodetta.....	82	metronidazole.....	31, 36, 122, 123
meloxicam.....	25	mexiletine.....	64
melphalan hcl.....	47	MIACALCIN.....	108
memantine.....	73	miconazole.....	39
MEMBRANEBLUE.....	94	MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM.....	41
MENACTRA.....	62	MICROCHAMBER.....	112
me-naphos-mb-hyo 1.....	31	microgestin.....	82
M-END PE.....	85	MICROLET.....	110
MENOSTAR.....	105	MICROPLEGIA.....	66
MENVEO.....	62	MICROSPACER.....	112
meperidine hcl.....	22	midazolam.....	119
MEPHYTON.....	136	midodrine.....	60
meprobamate.....	114	MIFEPREX.....	130
MEPRON.....	46	mifepristone.....	130
mercaptopurine.....	48	migergot.....	20
mesalamine.....	99, 100	miglitol.....	42
MESNEX.....	129	miglustat.....	131
metaproterenol.....	27	MIGRANAL.....	20
metaxalone.....	113	mili.....	82, 83
metformin.....	43, 44	milk of magnesia.....	101
methadone hcl.....	22	millipred.....	105
methadose.....	22	mimvey.....	105
methamphetamine.....	60	MINI LANCING DEVICE.....	110
methazolamide.....	87	MINIMED.....	110
methenamine hippurate.....	31	MINIPRESS.....	68
methenamine mandelate.....	31	MINITRAN.....	67
methergine.....	106	MINI TRANSFER PIN.....	111

Índice de medicamentos

MINOCIN	35	my choice	82
minocycline	35, 36	MYCOBUTIN	32
MINOLIRA ER	35	mycophenolate mofetil	108
minoxidil	70	mycophenolic acid	108
MIOCHOL-E	92	MYDAYIS	60
miostat	92	MYDRIACYL	93
miralax	101	MYDRIATIC4	91
MIRAPEX	54	MYFORTIC	108
MIRENA	84	MYLERAN	47
mirtazapine	113	myorisan	121
MIRVASO	123	MYRBETRIQ	134
misoprostol	25, 98	MYSOLINE	77
MITIGARE	24	my way	82
MITOSOL	93	MYXREDLIN	44
MKO	119	N	
M-M-R II VACCINE W/DILUENT	62	nabumetone	25
MOBIC	25	nadolol	71
modafinil	119	naftifine hcl	41
moexipril	69	NAFTIN	41
molindone	118	NALFON	26
MOLNUPIRAVIR	59	NALOCET	21
mometasone	89, 124	naloxone	22, 39, 134
mondoxyne nl	35	naltrexone	39
mono-linyah	82	NAMENDA	73
MONSEL'S	64	NAMZARIC	74
montelukast	28	NAPRELAN	26
MONUROL	31	NAPROSYN	25, 26
morgidox	35	naproxen	20, 25, 26
MORGIDOX	35	naratriptan hcl	19, 20
morphine	22	NARCAN	39
MORPHINE	22	NARDIL	114
MOTTEGRITY	100	NASACORT	89
MOTOFEN	97	NASCOBAL	136
MOUNJARO	42	NASONEX	89
MOUTHPIECE	112	NATACYN	39
MOVANTIK	38	nateglinide	43
MOXEZA	30	NATESTO	103
moxifloxacin hcl	30, 35	NATPARA	107
MS CONTIN	22	natura-lax	101
MUCOSITISRX	130	nature-throid	127
MUGARD	129	NAYZILAM	76
MULTAQ	64	NEBUPENT	46
multivitamin with fluoride	135	nebusal	131
mupirocin	37	NEBUSAL	131
MURI-LUBE MINERAL OIL	132	necon	82
mvc-fluoride	135	nefazodone	115
MYALEPT	107	neomycin	29, 30, 31, 120
MYAMBUTOL	32	neomycin/bacitracin/poly/hc	29
MYCAPSSA DR	107	neomycin/bacitracin/polymyxin	30

Índice de medicamentos

neomycin-polymyxin-dexamethaso	29	nora-be	82
neomycin/polymyxin/gramicidin	30	NORDITROPIN FLEXPPO	106
neomycin/polymyxin/hc.....	29	norethindrone acetate	82, 107
neo-polycin.....	30	norethindrone-ethin estradiol	82, 105
neo/polymyxin/dexamethasone	29	norethin-eth estra ferrous fum.....	82
NEORAL.....	109	NORGESIC FORTE.....	113
NEO-SYNALAR.....	36	norgestimate-ethinyl estradiol	82
NERLYNX	50	norgestrel-ethiny estra.....	82
neuac.....	121	NORITATE.....	123
NEUPRO.....	54	norlyda.....	82
NEUTRASAL.....	130	NORPACE.....	64
nevirapine	56	NORPRAMIN.....	116
new day	82	nortrel	82
NEXAVAR.....	50	nortriptyline.....	116
NEXPLANON.....	79	NORVIR.....	57
NEXVIAZYME	131	NOURIANZ.....	54
niacin.....	73	NOVAMAX.....	86
NIACOR.....	73	NOVOFINE	111
NIASPAN.....	73	NOVOTWIST	111
nicardipine.....	65	NOXAFIL.....	39
NICODERM.....	126	np thyroid.....	127
nicorelief.....	126, 127	NUBEQA	47
NICORETTE.....	126, 127	NUCALA.....	28
nicotine	126, 127	NUCORT	125
NICOTROL	127	NULEV	99
nifedipine.....	65, 66	NULIBRY	131
nikki.....	82	NULYTELY	101
NILANDRON	47	NUMBRINO.....	89
nilutamide.....	47	NUMOISYN.....	130
nimodipine.....	65	NUPLAZID.....	115
NINJACOF-XG	86	NURTEC ODT.....	20
NINLARO	50	NUVARING.....	79
nisoldipine	65, 66	NUVESSA.....	36
nitisinone	131	NUZYRA	35
nitro-bid.....	67	nyamyc.....	41
NITRO-DUR.....	67	NYMALIZE	66
nitrofurantoin.....	34	nystatin	40, 41
nitrofurantoin macrocrystal.....	34	nystatin w/triamcinolone.....	41
nitroglycerin.....	67	nystop	41
NITROLINGUAL.....	67	O	
NITROMIST	67	OCALIVA	100
NITROSTAT	67	ocella	82
nitro-time.....	67	octreotide acetate	107
NITYR.....	131	ocucoat.....	94
NIVESTYM	78	OCUFLOX	30
nizatidine	100	ODACTRA.....	61
NIZORAL	41	ODEFSEY.....	57
NOCDURNA	104	ODOMZO	48
nolix.....	124	OFEV.....	128

Índice de medicamentos

ofloxacin.....	29, 30, 35	oseltamivir.....	58
of magnesia.....	101	OSELTAMIVIR.....	58
ogestrel.....	82	oseltamivir phosphate.....	58
okebo.....	35	OSENI.....	42
olanzapine.....	117, 118	OSMOLEX.....	54
olmesartan-amlodipine-hctz.....	69	OTEZLA.....	24
olmesartan-hydrochlorothiazide.....	69	OTIPRIO.....	29
olmesartan medoxomil.....	70	OVACE.....	121, 122
olopatadine.....	88	OVIDE.....	125
OLPRUVA.....	97	oxandrolone.....	103
OLUX.....	125	oxaprozin.....	25, 26
OMECLAMOX-PAK.....	98	OXAYDO.....	22
omega-3 acid ethyl esters.....	96, 97	oxazepam.....	114
omeprazole.....	102	oxcarbazepine.....	77
omeprazole- bicarbonate.....	102	OXERVATE.....	93
OMIDRIA.....	91	oxiconazole nitrate.....	41
OMNIPAQUE.....	86	OXISTAT.....	41
OMNIPOD.....	110	OXSORALEN-ULTRA.....	120
OMNIPOD GO.....	110	OXTELLAR.....	77
ondansetron.....	98	oxybutynin chloride.....	135
ONE TOUCH.....	86, 110, 111	oxycodone hcl.....	21, 22
ONETOUCH.....	111	oxycodone hcl-ibuprofen.....	21
ONE WAY MOUTHPIECE.....	112	oxycodone w/acetaminophen.....	21
ONEXTON.....	121	oxycodone w/aspirin.....	21
ONFI.....	76	OXYCONTIN.....	22
opcicon one-step.....	82	oxymorphone hcl.....	22
OPDIVO.....	51	oxymorphone hcl er.....	22
opium.....	21, 97	OXYTROL.....	135
OPSUMIT.....	67	OZEMPIC.....	42
OPTICHAMBER.....	112	OZURDEX.....	90
option 2.....	82	P	
ORACEA.....	35	pacerone.....	64
ORACIT.....	96	paliperidone.....	117
ORALAIR.....	61	PALYNZIQ.....	61
oralone.....	129	PAMELOR.....	116
ORAMAGICRX.....	129	PANDA MASK.....	112
ORAPRED ODT.....	105	PANDEL.....	125
ORAVIG.....	39	PANRETIN.....	52
ORENITRAM.....	68	pantoprazole.....	102
ORFADIN.....	131	PARAGARD.....	84
ORILISSA.....	106	PAREMYD.....	93
ORKAMBI.....	128	paricalcitol.....	130
ORLADEYO.....	61, 129	PARLODEL.....	54
orphenadrine.....	113	PARNATE.....	114
orphenadrine-aspirin-caffeine.....	113	paromomycin.....	45
orphengescic forte.....	113	paroxetine.....	115, 131
orsythia.....	83	PASER.....	32
ORTHO-NOVUM.....	83	PATANASE.....	88
oscimin.....	99	PAXIL.....	115

Índice de medicamentos

PAXLOVID	59	pimecrolimus	108
PEDIARIX	63	pimozide	117
PEDIATRIC PANDA MASK	112	pimtreo	83
PEDVAXHIB	62	pindolol	71
peg	101, 102	pioglitazone	43, 44
PEGANONE	77	pioglitazone-glimepiride	43
PEGASYS	59	pioglitazone-metformin	43
PEG-INTRON	59	PIQRAY	50
PEMAZYRE	50	pirfenidone	131
penciclovir	59	pirmella	83
penicillamine	24	piroxicam	25, 26
penicillin V	34	PLAN B ONE-STEP	83
PENTACEL	62	PLEGISOL	66
pentamidine isethionate	46	PLEGRIDY	75
PENTASA	100	PLEXION	37
pentazocine and naloxone hcl	22	PNEUMOVAX	62
pentoxifylline	64	POCKET CHAMBER	112
PEPCID	100	podoflox	122
PERFOROMIST	27	polycin	30
PERIDEX	129	polyethylene glycol	102
perindopril erbumine	69	polymyxin b sul-trimethoprim	30
perlogard	129	polystyrene sulfonate	95
permethrin	53	POLYTRIM	30
perphenazine	115, 118	POLY-TUSSIN AC	85
perry	113	POMALYST	49
PHARMABASE	122	PONVORY	75
PHEBURANE	97	PONVORY 20 MG TABLET	75
phenadoz	98	portia	83
phenazopyridine hcl	24	posaconazole	39
phendimetrazine tartrate	52	powderlax	102
phenelzine	114	pramipexole	54
phenobarbital	98, 119	pramipexole di-hcl	54
phenohydro	98, 99	PRAMOSONE	125
phenoxybenzamine	61	pramoxine hcl w/hydrocortisone	103
phentermine	52, 53	prasugrel	55
phenylbutyrate	97	pravastatin	72
phenylephrine	91	praziquantel	45
PHENYTEK	77	prazosin	68, 69
phenytoin	76, 77	PR BENZOYL PEROXIDE	122
philith	83	PRECISION	86
PHOSLYRA	95	PRECOSE	42
phosphasal	31	PRED FORTE	90
PHOSPHOLINE IODIDE	92	PRED-G	29
PHOTREXA	90	prednicarbate	125
PHYSIOLYTE	120	prednisolone	30, 90, 105
PHYSIOSOL	120	prednisolone acetate	90
phytonadione	136	PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	29
PICATO	52	PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	29
pilocarpine	61, 91, 92	PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	29

Índice de medicamentos

PREDNISOLONE-BROMFENAC	90	PRODIGY.....	111
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN.....	29	progesterone.....	107
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC.....	29	PROGLYCEM	95
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	90	PROGRAF.....	109
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM.....	29	PROLENSA.....	90
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	29	PROMACTA.....	78
prednisolone phos odt.....	105	promethazine.....	41, 85, 98
prednisolone phosphate.....	90, 105	promethazine vc.....	41, 85
prednisone	105	promethazine vc w/codeine.....	85
PREFEST.....	105	promethegan	98
pregabalin.....	77	PROMETRIUM	107
prenatal.....	113	propafenone.....	64, 65
prenatal complete.....	113	propantheline bromide.....	97
prenatal formula.....	113	proparacaine-fluorescein.....	91
prenatal multi + dha.....	113	proparacaine hcl	91
prenatal vitamin	113	propranolol	71
prenavite	113	propylthiouracil.....	127
PREPIDIL.....	107	PROQUAD	62
PREPOPIK	102	PROSCAR.....	134
PRESTALIA.....	68	PROSTIN	107
PRETOMANID	32	PROTHELIAL	129
prevalite	73	PROTOPIC.....	108
PREVIDENT.....	94	protriptyline	116
previfem.....	83	PROVERA.....	79, 107
PREVNAR.....	62	PROVISC	93
PREVYMIS	58	PROVOCHOLINE.....	86
PREZISTA	55	prudoxin.....	121
PRIFTIN	32	PSORCON.....	125
PRIMAQUINE BRAND	46	pulmosal	131
primaquine generic	46	PULMOZYME.....	128
PRIMEAIRE	112	purelax	102
primidone	77	PURIXAN	48
PRIMSOL	31	pyrazinamide	32
PRINIVIL	69	PYRIDIUM.....	24
PRIORIX VIAL	62	pyridostigmine bromide.....	60
probenecid	26	Q	
PROBUPHINE.....	134	QBREXZA.....	123
PROCARDIA	66	QELBREE ER.....	117
procentra.....	60	QMIIZ ODT	26
PROCHAMBER.....	112	QSYMIA	53
prochlorperazine maleate.....	98	QUADRACEL	63
PRO COMFORT SPACER WITH MASK.....	112	QUALAQUIN	46
PROCORT	103	QUDEXY.....	77
PROCRT.....	78	QUESTRAN	73
PROCTOCORT	102	quetiapine fumarate.....	117
procto-med hc.....	125	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	87
procto-pak	125	QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST.....	87
proctosol-hc.....	125	QUILLICHEW	117
proctozone-hc.....	125	QUILLIVANT.....	117

Índice de medicamentos

quinapril.....	68, 69	REVATIO.....	67
quinapril-hydrochlorothiazide.....	68	REVLIMID.....	49
quinidine.....	64, 65	REXULTI.....	118
quinine.....	46	REYATAZ.....	57
quit.....	127	REYVOW.....	20
QULIPTA.....	20	REZUROCK.....	134
QUVIVIQ.....	119	RHINOCORT.....	89
QVAR REDIHALER.....	28	RHOFADE.....	123
R		ribavirin.....	58, 59
rabeprazole.....	102	RIDAURA.....	24
RADIOGARDASE.....	132	rifabutin.....	32
RAGWITEK.....	61	RIFADIN.....	32
raloxifene.....	133	RIFAMATE.....	32
ramelteon.....	119	rifampin.....	32
ramipril.....	69	RIFATER.....	32
ranolazine.....	64	RILUTEK.....	74
RAPAMUNE.....	109	riluzole.....	74
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST.....	87	rimantadine.....	58
rasagiline mesylate.....	54	RIMSO-50.....	23
RASUVO.....	24	RINVOQ ER.....	25
RAVICTI.....	97	RINVOQ ER 30MG TABLET.....	25
RAYALDEE.....	130	RIOMET.....	43
RAYOS.....	106	risedronate.....	133
RAZADYNE.....	60	RISPERDAL.....	117
REBIF.....	75	risperidone.....	117
reclipsen.....	83	RITALIN.....	117
RECOMBIVAX HB.....	63	RITEFLO.....	112
RECOTHROM.....	64	ritonavir.....	57
RECTIV.....	102	rivastigmine.....	59, 60
REGIMEX.....	53	rivelsa.....	83
REGLAN.....	100	rizatriptan.....	20
REGRANEX.....	122	ROBAXIN.....	113
RELENZA.....	58	ROCALTROL.....	136
relion.....	95	ropinirole.....	54
RELISTOR.....	38	rosadan.....	123
REMERON.....	113	ROSADAN.....	123
RENACIDIN.....	96	rosuvastatin.....	72
rena-vite.....	136	ROTARIX.....	61
RENVELA.....	95	ROTATEQ.....	61
repaglinide.....	43	ROWASA.....	99
REPATHA.....	72	roweepra.....	77
REQUIP.....	54	ROXICODONE.....	22
RESECTISOL.....	87	ROZLYTREK.....	50
RESTASIS.....	93	RUBRACA.....	50
RESTORIL.....	119	RUCONEST.....	128
RETACRIT.....	78	RUZURGI.....	75
RETIN-A.....	126	RYALTRIS.....	89
RETISERT.....	90	RYBELSUS.....	42
RETROVIR.....	56	RYCLOLA.....	41

Índice de medicamentos

RYDAPT	50	silodosin	134
RYLAZE	52	SILVADENE	37
RYTARY	54	silver sulfadiazine	37
RYTHMOL	65	SIMBRINZA	91
RYVENT	41	simliya	83
S		simpesse	83
SABRIL	77	SIMPONI	47
SALAGEN	61	simvastatin	72
SALIVAMAX	130	SINEMET	54
salsalate	24	SINUVA	89
SAMSCA	87	sirolimus	109
SANCUSO	98	SIRTURO	32
SANDIMMUNE	109	SIVEXTRO	34
SANDOSTATIN	107	SKELAXIN	113
SANTYL	126	SKLICE	53
SARAFEM	115	SKYLA	84
SAXENDA	53	SKYRIZI	120
SCALACORT DK	125	smoothlax	102
SCEMBLIX	50	SODIUM CITRATE	38
SCLEROSOL	129	sodium fluoride	94
scopolamine	98	SODIUM OXYBATE	119
seconal	119	SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	87
SECUADO	118	SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	87
SEEBRI	26, 27	solifenacin succinate	134
SEEBRI NEOHALER	26	SOLIQUA	42
SEGLUROMET	44	SOLODYN	36
selegiline	54	SOLOSEC	30
selenium sulfide	122	SOLTAMOX	52
SELRX	122	SOMA	113
SELZENTRY	56	SOMATULINE DEPOT	107
SEMGLEE	44	SOMAVERT	130
SEMPREX-D	41	SOOLANTRA	123
SEREVENT	27	SORIATANE	120
SERNIVO	125	sorine	70, 71
SEROSTIM	106	sotalol	71
setlakin	83	SOTYLIZE	71
sevelamer	95	SPECTRACEF	33
sevelamer carbonate	95	spinosad	53
sevoflurane	23	SPIRIVA	26
SEYSARA	36	spironolactone	88
sf	94, 132, 133	SPORANOX	39
SFROWASA	99	sprintec	83
sharobel	83	SPRITAM	77
SHINGRIX	63	SPRIX	20
SIDESTREAM PEDIATRIC	112	SPRYCEL	50
SIGNIFOR	107	sps	95
sildenafil	67	sronyx	83
SILENOR	119	ss	37
SILICONE MASK	112	ssd	37

Índice de medicamentos

SSKI	96	SYLATRON	49
sss.....	37	SYMAX DUOTAB.....	99
STALEVO.....	54	symax-sl.....	99
STARLIX	43	symax-sr	99
stavudine.....	56	SYMBICORT	28
STEGLATRO.....	42	SYMBYAX	118
STEGLUJAN.....	43	SYMDEKO	128
STELARA.....	108	SYMFI	57
STERILE TALC	129	SYMJEPI	59
STERITALC.....	129	SYMLINPEN.....	42
STIMATE	104	SYMPAZAN.....	76
STIOLTO RESPIMAT	27	SYMPROIC.....	38
STIVARGA	50	SYMTUZA	55
st. joseph aspirin.....	55	SYNALAR.....	36, 125
stop smoking aid	127	SYNAREL	106
STRENSIQ	131	SYNDROS.....	97
STRIANT	103	SYNERA	24
STROMEKTOL	45	SYNJARDY	44
strong iodine.....	96	SYPRINE	132
SUBOXONE	134	SYRINGE AVITENE	64
subvenite.....	77	T	
SUCRAID.....	100	TABLOID.....	48
sucralfate.....	98	TABRECTA	50
SULAR	66	TACHOSIL.....	64
sulfacetamide	29, 30, 37, 38, 121, 122	TACLONEX.....	126
sulfacetamide w/prednisolone	30	tacrolimus	108, 109
sulfaclease.....	37	tadalafil	67
sulfadiazine	31, 37	TAFINLAR	48
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	31	TAGRISSO	50
SULFAMYLON	37, 38	TAKE ACTION.....	83
sulfasalazine.....	100	TAKHZYRO.....	61, 129
sulfatrim.....	31	TALICIA	98
sulindac.....	26	TALTZ.....	120
SUMADAN.....	38	TALZENNA.....	51
sumatriptan	20	TAMIFLU	58
sumatriptan succ-naproxen sod.....	20	tamoxifen	52
SUMAXIN.....	38	tamsulosin	134
SUNLENCA	55	TAPAZOLE.....	127
SUNOSI.....	119	TAPERDEX.....	106
super b complex	136	TARCEVA.....	51
super b complex-vitamin c.....	136	TARGADOX	36
super b-complex w/vitamin c.....	135	TARGETIN	52
SUPPRELIN LA.....	106	tarina fe.....	83
SUPRANE.....	23	TARKA.....	68
SUPRAX.....	33	TARPEYO.....	106
SURVANTA.....	128	TASIGNA.....	51
SUSTIVA.....	56	TASMAR	54
SUTENT.....	50	tazarotene	121
syeda.....	83	TAZORAC	121

Índice de medicamentos

taztia	66	TIBSOVO	51
TAZVERIK.....	49	TIGAN	98
TC99M SULFUR COLLOID PREP	86	TIGLUTIK.....	74
TEGRETOL	77	tilia fe	83
TEGSEDI.....	130	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	91
TEKURNA.....	71	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	91
telmisartan.....	69, 70	TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	91
telmisartan-amlodipine	69	TIMOLOL-LATANOPROST	91
telmisartan-hydrochlorothiazid	69	timolol maleate	71, 91
temazepam	119	TIMOPTIC.....	91
TEMIXYS.....	55	tinidazole	45
TEMODAR.....	47	TISSEEL VHSD	123
TEMOVATE.....	125	TIVICAY	57
temozolomide.....	47	tizanidine	113
tencon	19	TOBI PODHALER	31
TENIVAC.....	63	TOBRADEX EYE DROPS.....	29
tenofovir disoproxil fumarate	56	TOBRADEX EYE OINTMENT	29
TENORETIC	71	tobramycin.....	29, 30, 31
TENORMIN.....	71	TOBRAMYCIN	31
terazosin.....	69	tobramycin-dexamethasone.....	29
terbinafine.....	39	TOBREX.....	30
terbutaline	27	TODAY.....	79
terconazole.....	39	TOLAK.....	52
terrell	23	tolcapone	54
TESSALON PERLE.....	84	tolmetin	26
testosterone	103, 104	tolterodine tartrate	135
TESTOSTERONE	103	TOPICORT.....	125
testosterone cypionate	103	topiramate	78
testosterone enanthate.....	104	topiramate er	78
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS.....	63	toremifene.....	52
tetrabenazine	74	toremide	87
tetracaine	91	TOSYMRA	20
tetracycline hcl.....	36	TOUJEO.....	44
TEXACORT.....	125	tovet emollient.....	125
TEZSPIRE	128	TOVIAZ.....	135
T:FLEX	111	TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	86
THALOMID.....	32	TRACLEER.....	67
THEO-24.....	28	tramadol hcl.....	21, 22
theophylline anhydrous.....	28	tramadol hcl-acetaminophen	21
THIOLA	134	tramadol hcl er.....	22
thioridazine	118	trandolapril	68, 70
thiothixene.....	118	trandolapril-verapamil	68
THROMBI-GEL	64	tranexamic acid.....	63
THROMBIN-JMI.....	64	TRANXENE.....	114
THROMBI-PAD	64	tranylcypromine	114
thyroid.....	127	travoprost.....	91
tiadylt	66	trazodone	115
tiagabine.....	77, 78	TRECTOR.....	32
TIAZAC.....	66	TRELEGY ELLIPTA.....	28

Índice de medicamentos

TREMFYA.....	120	TRUECONTROL.....	111
TRESIBA.....	44	TRUE METRIX.....	111
tretinoin.....	52, 121, 126	TRUEPLUS.....	95
TREXALL.....	48	TRULANCE.....	100
TREZIX.....	21	TRULICITY.....	42
triamcinolone acetonide.....	124, 125, 129	TRUMENBA.....	62
TRIAMCINOLONE-MOXIFLOXACIN.....	29	TRUSELTIQ.....	51
triamterene.....	88	TRUSOPT.....	91
trianex.....	125	T:SLIM.....	111
triazolam.....	119	tulana.....	84
tri-buffered aspirin.....	19	TURALIO.....	51
triderm.....	125	TUSSICAPS.....	85
TRIDESILON.....	125	TUXARIN.....	85
trientine.....	132	TUZISTRA.....	85
TRIESENCE.....	91	TWINRIX.....	63
tri-estarylla.....	83	TYBOST.....	128
tri femynor.....	83	tydemy.....	84
trifluoperazine hcl.....	118	TYKERB.....	51
trifluridine.....	57	TYLENOL W/CODEINE.....	21
TRIGLIDE.....	73	TYMLOS.....	108
trihexyphenidyl hcl.....	53	TYSABRI.....	132
TRIKAFTA.....	128	TYVASO.....	68
tri-legest fe.....	83	U	
tri-linyah.....	83	UBRELVY.....	20
TRILIPIX.....	73	UCERIS.....	103, 106
tri-lo-estarylla.....	83	UKONIQ.....	51
tri-lo-marzia.....	83	ULESFIA.....	53
tri-lo-mili.....	83	ULTANE.....	23
tri-lo-sprintec.....	83	ULTI-LANCE.....	111
trilyte.....	102	ULTRACET.....	21
trimethobenzamide.....	98	ULTRAFOAM.....	64
trimethoprim.....	30, 31	ULTRAM.....	22
tri-mili.....	83	ULTRAVATE.....	125
trimipramine maleate.....	116	UNISTIK.....	111
TRINTELLIX.....	115	unithroid.....	127
tri-previfem.....	83	UPTRAVI.....	68
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	38	UPTRAVI TITRATION PACK.....	68
tri-sprintec.....	83	URECHOLINE.....	61
TRIUMEQ.....	55	URELLE.....	31
tri-vitamin with fluoride.....	135	uretron d-s.....	31
trivora.....	83	URIBEL.....	31
tri-vylibra.....	83	urimar-t.....	31
TRIZIVIR.....	56	urin d.s.....	31
TROKENDI.....	78	uro-458.....	32
tropicamide.....	93	uroav-b.....	32
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	93	UROCIT-K.....	96
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE.....	93	urogesic.....	32
trospium chloride.....	135	uro-mp.....	32
TRUDHESA.....	20	URSO.....	99

Índice de medicamentos

ursodiol	99	VIEKIRA	58
uryl	32	vienna	84
ustell	32	vigadrone	78
UTIBRON	27	VIGADRONE	78
UTIBRON NEOHALER	27	VIGAMOX	30
utira-c	32	VIJOICE	128
V		vilamit mb	32
valacyclovir	58	vilev mb	32
VALCHLOR	52	VIMPAT	78
VALCYTE	58	VIOKACE	102
valganciclovir	58	violele	84
valproic acid	78	VIRACEPT	57
valsartan	69, 70	VIRAMUNE	56
valsartan-hydrochlorothiazide	69	VIRAZOLE	58
VALTOCO	76	VIREAD	56
VANATOL	19	virtussin ac	86
VANOCIN	36	virtussin dac	85
vancomycin	36	VISCOAT	93
vandazole	36	VISIONBLUE	94
VANTAS	49	VISTARIL	41
VAQTA	63	VISTOGARD	129
VARIVAX	63	vitamin b complex	135, 136
VARUBI	98	vitamin b-complex & c	136
VASCEPA	97	vitamin b complex with c	135
VASERETIC	68	vitamin d2	136
VASOTEC	70	vitamin k	136
VAXCHORA	62	vitamins a, c, d & fluoride	135
vcf	79	VITRAKVI	51
VECAMEL	70	VIVJOA	40
VECTICAL	121	VIVOTIF	61
velivet	84	VIZIMPRO	51
VELPHORO	96	VOGELXO	104
VELTASSA	96	VOLTAREN	120
VELLIDY	58	voriconazole	39, 40
VENCLEXTA	51	VORTEX	112
venlafaxine	115	VOSEVI	58
VENTAVIS	68	VOTRIENT	51
verapamil	65, 66, 68	VOWST	100
VEREGEN	59	VOXZOGO	132
VERELAN	66	VRAYLAR	118
VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	87	VTAMA	121, 122
VERQUVO	66	vto1 lq	19
VERSACLOZ	118	VUMERITY	75
VERZENIO	51	VUSION	41
VFEND	39	vyfemla	84
VGO	111	vylibra	83, 84
VIBERZI	100	VYNDAMAX	132
VIBRAMYCIN	36	VYENDAQEL	132
vicodin hp	21	VYVANSE	116

Índice de medicamentos

VYZULTA.....	91	ZANAFLEX.....	113
W		zarah.....	84
WAKIX.....	78	ZARONTIN.....	78
warfarin.....	38	ZARXIO.....	78
WEGOVY.....	53	zebutal.....	19
wera.....	84	ZEJULA.....	51
westhroid.....	127	ZELBORAF.....	48
WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	84	ZELNORM.....	101
wixela inhub.....	28	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	20
women's gentle laxative.....	102	ZEMPLAR.....	130
women's laxative.....	102	zenatane.....	121
wymzya fe.....	84	ZENPEP.....	102
X		zenzedi.....	60
XACIATO.....	36	ZENZEDI.....	60
XALKORI.....	51	ZEPATIER.....	59
XARELTO.....	38	ZEPOSIA.....	75
XELJANZ.....	25	ZESTORETIC.....	68
XELODA.....	48	ZESTRIL.....	70
XENICAL.....	53	ZIAC.....	71
XENLETA.....	34	ZIAGEN.....	56
XEPI.....	37	ZIANA.....	121
XERMELO.....	97	zidovudine.....	55, 56
XEROSTOMIA RELIEF.....	130	ZIEXTENZO.....	78
XHANCE.....	89	zileuton.....	26
XIFAXAN.....	35	zinc oxide.....	122
XIGDUO.....	44	ziprasidone.....	117, 118
XIIDRA.....	93	ZIRGAN.....	57
XOFLUZA.....	58	ZITHROMAX.....	34
XOLAIR.....	28	ZOFRAN.....	98
XOPENEX.....	27	ZOKINVY.....	128
XOSPATA.....	51	ZOLADEX.....	49
XTANDI.....	47	ZOLINZA.....	47
xulane.....	84	zolmitriptan odt.....	20
XULTOPHY.....	42	zolpidem tartrate.....	119, 120
XURIDEN.....	95	ZOLPIMIST.....	120
XYOSTED.....	104	ZOMIG.....	20
XYREM.....	119	ZONALON.....	121
XYWAV.....	119	zonisamide.....	78
Y		ZONTIVITY.....	55
YAZ.....	84	ZORBTIVE.....	106
YERVOY.....	52	ZORTRESS.....	109
YONSA.....	47	ZORYVE.....	121, 122
YUPELRI.....	26	ZOSTAVAX.....	63
YUTIQ.....	91	zovia.....	84
yuvafem.....	107	ZOVIRAX.....	58, 59
Z		ZTALMY.....	78
zafirlukast.....	28	ZTLIDO.....	24
zaleplon.....	119	Z-TUSS AC.....	85

Índice de medicamentos

ZUBSOLV.....	134
zumandimine.....	82, 84
ZUPLENZ.....	98
ZYDELIG.....	51
ZYFLO	26
ZYKADIA.....	51
ZYLOPRIM	24
ZYMAXID.....	30
ZYPITAMAG.....	72
ZYPREXA	118
ZYVOX.....	34

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 médicamente 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-CERTV1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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