



# 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

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

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

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

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

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



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



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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el

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

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

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

**P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es 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](https://cignaforhcp.com).

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

l y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**R.** Sí.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

**P. ¿Qué es el costo compartido?**

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

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

**R.** Puede tomar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería

consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

### Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones

- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez<sup>6</sup>
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

### Accredo® para medicamentos de especialidad

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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

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

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

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

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

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

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

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamar a Accredo alrededor

de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.

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

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

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

#### **P. ¿Cómo despacho mi receta?**

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

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

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

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

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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3, 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.<sup>2</sup>
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

R. Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Por lo general, los medicamentos que se administran por inyección o infusión están cubiertos por el beneficio médico. Se administran al paciente en el consultorio de un médico, en un centro de infusión o en el hogar. Generalmente, los medicamentos autoadministrados que pueden despacharse en una farmacia minorista o a través del servicio de entrega a

domicilio están cubiertos por el beneficio de farmacia. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre estos medicamentos.

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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](http://Cigna.com/PDL). Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite [www.informedonreform.com](http://www.informedonreform.com) o [CignaHealthcare.com](http://CignaHealthcare.com).

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

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

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

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

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

al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).

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

### Palabras que quizás necesite conocer

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 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 y negrita junto al medicamento de marca.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y tiene cobertura, el genérico aparecerá separado del medicamento de marca, escrito en minúscula cursiva y negrita.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no tiene cobertura, el medicamento no aparecerá separado por su versión genérica.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre exclusivo protegido por una marca, el medicamento de marca aparecerá en MAYÚSCULA después de la versión genérica, entre paréntesis y escrito en letra regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Por ejemplo: *quinapril hcl* (Accupril).

### Niveles

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

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

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> ( Fiorinal )	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T3	QL (6 caps/day)
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> ( Fioricet )	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen-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)
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT ( <i>ergotamine-caffeine</i> )	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)

**Categoría terapéutica y clase** describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.

**Requisitos y límites de cobertura** le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.

**Nivel del medicamento** le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.

**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**

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	64	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	90-94
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	94
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	67, 68	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	94, 95
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68-72	Elect./calóricos/H2O (varios)	95
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	72, 73	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	95, 96
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	73, 74	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	96
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	74	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	96, 97
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	74, 75	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	97-103
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	75	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	103
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	76-78	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	103
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	78	Hormonas (agentes hormonales)	103-107
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	78	Hormonas (infertilidad)	107
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	78-84	Hormonas (varias)	107
Anticonceptivos (varios)	84	Hormonas (productos para la osteoporosis)	108
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	84-86	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	108
Diagnóstico (diabetes)	86	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	108
Diagnóstico (varios)	86, 87	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	108, 109
Diuréticos (diuréticos)	87, 88	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	109-111
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	88, 89	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	111, 112
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	89	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	112, 113
		Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	113
		Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	113-116
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	116, 117
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	117, 118
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	118, 119

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página	Condición	Página
Preparaciones cutáneas (varias)	119	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	130
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	119	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	130-132
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	119-126	Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	132
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	126, 127	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	132, 133
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	127	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	133
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	128	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	133
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	128	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	133
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	128, 129	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	134
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	129	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	134
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	129	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	134, 135
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	129	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	135
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	129, 130	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
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
<i>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
ALLZITAL	T3	PA
<i>tencon</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital-asp-caffeine</i> (Fiorinal)	T1	
FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/apap/caffeine</i>	T1	
<i>butalbital/apap/caffeine</i> (Esgic)	T1	
ESGIC ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA
FIORICET ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	PA
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
<i>vtol lq</i> (Vanatol Lq)	T1	
<i>zebutal</i> (Esgic)	T1	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin e.c.</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>bufferin</i>	T1	HD PPACA
<i>choline mag trisalicylate</i>	T1	
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>ecpirin</i> (Ecotrin)	T1	HD PPACA
<i>tri-buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 Inj/23 Days)
AJOVY 225MG/1.5ML SYRINGE	T2	SP PA QL (1 syr/30 days)
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL
AMERGE ( <i>naratriptan hcl</i> )	T3	ST QL
CAFERGOT ( <i>cafergot</i> )	T3	
CAMBIA	T3	ST QL
D.H.E.45 ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	
<i>diclofenac pot powder pack</i> (CAMBIA)	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (D.H.E.45)	T1	

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (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)
ZEMBACE SYMTOUCH	T3	ST QL
<i>zolmitriptan odt</i> (Zomig ZMT)	T1	QL
ZOMIG	T3	ST QL
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
SPRIX	T3	ST QL
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<i>diclofenac</i>	T1	QL HD
<i>diclofenac</i>	T1	
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>ketorolac</i>	T1	HD
<i>ketorolac</i>	T1	QL HD
<i>ketorolac</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
T1 – Genéricos	T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos	ST – Tratamiento escalonado
T2 – Marcas preferidas	PA – Autorización previa	AGE – Requisito de edad
T3 – Marcas no preferidas	QL – Límite a la cantidad	SP – Medicamentos de especialidad
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos		HD – Puede requerir entrega a domicilio
		PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
		CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos



## Lista de medicamentos con receta

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

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## 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

CETACAIN 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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>lidocaine-prilocaine</i>	T1	QL (30GM/23 Days)
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA
<b>ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)</b>		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM ( <i>phenazopyridine hcl</i> )	T3	
<b>ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS</b>		
<i>cromolyn</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM ( <i>cromolyn</i> )	T3	
<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>salsalate</i>	T1	HD
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>		
DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T5	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS</b>		
RASUVO	T2	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS</b>		
ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
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
<b>COLCHICINA</b>		
<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE	T2	HD
<b>SALES DE ORO</b>		
RIDAURA	T2	
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	HD
ZYLOPRIM ( <i>allopurinol</i> )	T3	HD

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
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
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
<b>COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2</b>		
DUEXIS	T3	ST HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
ARTHROTEC ( <i>diclofenac -misoprostol</i> )	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
ANAPROX DS ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
DAYPRO ( <i>oxaprozin</i> )	T3	ST HD
EC-NAPROSYN ( <i>ec-naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	
<i>etodolac er</i>	T1	HD
FELDENE ( <i>piroxicam</i> )	T3	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>fenoprofen</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibu</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i> (Children'S Advil)	T1	HD
INDOCIN	T3	ST HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos



## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
<i>ak-poly-bac</i>	T1	
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin</i>	T1	
CILOXAN ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</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> (Ocuflor)	T1	
<i>polycin</i>	T1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM ( <i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> )	T3	
<i>tobramycin</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX ( <i>tobramycin</i> )	T3	
VIGAMOX ( <i>moxifloxacin</i> )	T3	
ZYMAXID ( <i>gatifloxacin</i> )	T3	

## ANTIBIÓTICOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL

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
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
BACTRIM ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
BACTRIM DS ( <i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> )	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim DS)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS	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
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
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

<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)</b>		
<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	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<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
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<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
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CYCLOSERINE	T3	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
RIFADIN ( <i>rifadin</i> )	T3	
RIFADIN ( <i>rifampin</i> )	T3	
RIFAMATE	T3	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T4	PA SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T4	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
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
KEFLEX ( <i>cephalexin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN</b>		
<i>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	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin 100mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (195ML/68 Days)
<i>azithromycin 1gm powder packet</i> (Zithromax)	T1	QL (2 Packets/68 Days)
<i>azithromycin 200mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (120ML/68 Days)
<i>azithromycin 250mg, 500mg tablet</i> (Zithromax)	T1	QL (15 Tabs/ 68 Days)
<i>azithromycin 600mg tablet</i>	T1	QL (24 Tabs/68 Days)
<i>clarithromycin</i>	T1	
<i>clarithromycin er</i>	T1	
DIFICID	T3	QL (60 Caps/30 Days)
e.e.s.	T1	
E.E.S. ( <i>erythromycin ethyl</i> )	T3	
ERYPED ( <i>erythromycin ethyl</i> )	T3	

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)</b>		
<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)
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
MACROBID ( <i>nitrofurantoin mono-macro</i> )	T3	
MACRODANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
<i>nitrofurantoin (Macrofantin)</i>	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (Macrobid)</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid (Zyvox)</i>	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (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	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
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
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
BAXDELA	T2	QL
CIPRO ( <i>ciprofloxacin</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
LEVAQUIN ( <i>levofloxacin</i> )	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
ACTICLATE ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
<i>avidoxy</i>	T1	
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>coremino</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Acticlate)	T1	
<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
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN ( <i>minocycline hcl er</i> )	T3	ST
TARGADOX	T3	ST
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline monohydrate</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
CLEOCIN PHOSPHATE ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
<i>metronidazole</i>	T1	
NUVESSA	T3	
<i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
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
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN ( <i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 Units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
SULFAMYLON POWDER PACKET ( <i>mafenide</i> )	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN ( <i>sulfacetamide-sulfur</i> )	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
<b>ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS</b>		
COUMADIN ( <i>jantoven</i> )	T3	
COUMADIN ( <i>warfarin</i> )	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
<i>warfarin</i>	T1	HD
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES</b>		
ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
BEVYXXA	T3	
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
ARIXTRA ( <i>fondaparinux</i> )	T5	SP
<i>enoxaparin</i> (Lovenox)	T1	
<i>fondaparinux</i> (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T4	SP
<i>heparin</i>	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
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
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES</b>		
EVZIO, NALOXONE, <i>naloxone</i>	T3	
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN	T2	QL
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE-1 <i>miconazole 3</i>	T3	
<i>terconazole</i>	T1	
	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
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
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)</b>		
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T1	PA
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicrosized</i>	T1	
<i>nystatin</i>	T1	QL (60grams/28 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
<b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b>		
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (45GM/21 Days)
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (60ML/21 Days)
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<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)
LOTTRISONE 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

<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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)
<b>ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
<i>promethazine vc</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	
<b>ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>		
<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	
<b>ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine</i> (Clarinx)	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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

T2 – Marcas preferidas

SP – Medicamentos de especialidad

T3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

QL – Límite a la cantidad

SL – Medicamentos de especialidad

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)</b>		
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## 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
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)</b>		
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>melfalan</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>melfalan 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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T</b>		
BREYANZI	T3	PA
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T4	PA QL SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
LUMAKRAS	T5	PA SP QL (8 tabs per day) HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
AFINITOR 10MG TABLET	T2	PA QL(30 Tabs/30 Days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T5	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
POMALYST	T4	PA SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL (30 caps/30 days)SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA
<b>AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T5	PA SP HD
VANTAS	T4	SP HD CSL
ZOLADEX	T4	SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
TALZENNA	T4	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
TARCEVA (erlotinib hcl)	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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)</b>		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T5	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
VENCLEXTA	T4	PA SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T2	PA QL (30 Units/30 days) SP HD CSL
TIBSOVO	T2	PA SP CSL
<b>FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS</b>		
ENHERTU	T5	PA SP HD
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
etoposide	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS (cont.)</b>		
MATULANE	T4	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T5	PA SP
<i>tretinoin</i>	T1	CSL
<b>ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)</b>		
YERVOY	T2	PA SP HD
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T4	SP HD
INTRON A	T2	SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
AMELUZ	T5	SP
LEVULAN	T5	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
PANRETIN	T5	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN	T4	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	PA SP HD
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)</b>		
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ADIPEX-P ( <i>phentermine hcl</i> )	T3	PA QL (30 caps/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 25 mg tablets</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 75 mg tablets</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
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
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)</b>		
<i>phentermine ER</i>	T1	QL (30 caps/30 days)
QSYMIA	T3	PA QL (30 caps/30 days)
REGIMEX ( <i>benzphetamine hcl</i> )	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180ml/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>croton</i>	T1	
ELIMITE ( <i>permethrin</i> )	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)</b>		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexphenidyl hcl</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa er</i>	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)</b>		
<i>ecotrin</i>	T1	HD PPACA
EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )	T3	HD
<i>enteric coated aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>low dose aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>st. joseph aspirin</i>	T1	HD PPACA
ZONTIVITY	T3	PA HD
<b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b>		
AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )	T3	
<i>anagrelide hydrochloride</i> (Agrimil)	T1	
<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>		
SUNLENCA	T5	PA SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
JULUCA	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI</b>		
DOVATO	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b>		
SYMITUZA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir-lamivudine</i> (Epzicom)	T1	SP
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> (Trizivir)	T1	SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine-zidovudine</i> )	T5	SP

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)</b>		
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
<b>ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I</b>		
APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL	T5	PA SP
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
<b>ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI	T4	SP
SYMFI LO	T4	SP
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP

### 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

<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)</b>		
<i>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	
<b>HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.</b>		
VIEKIRA PAK	T5	PA QL (3 Pks/365 Days) SP HD
<b>HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T4	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
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
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</b>		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE	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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C</b>		
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
<b>VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A</b>		
ZEPATIER	T4	PA QL (84 Tabs/365 Days) SP HD
<b>INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)</b>		
PAXLOVID	T2	
<b>INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA</b>		
MOLNUPIRAVIR	T2	
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
<b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS</b>		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX ( <i>acyclovir</i> )	T3	PA QL
<b>AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH</b>		
VEREGEN	T3	PA QL(30 grams/treatment)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA</b>		
AUVI-Q 0.1MG, 0.15MG, 0.3MG AUTO-INJECTOR	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)		
<b>INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA</b>		
ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON ( <i>rivastigmine</i> )	T3	ST 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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS ER	T3	ST
ADZENYS XR-ODT	T3	ST
<i>amphetamine</i> (Evekeo)	T1	
AMPHETAMINE ER 1.25 MG/ML SUSP	T3	ST
DESOXYN ( <i>methamphetamine hcl</i> )	T3	
DEXEDRINE ( <i>dextroamphetamine er</i> )	T3	ST
<i>dextroamphetamine</i>	T1	
<i>dextroamphetamine</i> (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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
DIBENZYLINE ( <i>phenoxybenzamine hcl</i> )	T3	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylina)	T1	PA HD

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

#### AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

### PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

#### EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

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

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

#### INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	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 BACILOS GRAM (-) (NO ENTÉRICOS)

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

#### VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos



## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad 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

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

<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
GEL-FLOW	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
<b>SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine er</i> (Ranexa)	T1	HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIARRÍTMICOS (cont.)</b>		
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
RHYTHMOL SR ( <i>propafenone hcl er</i> )	T3	HD
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T3	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
ADALAT CC ( <i>nifedipine er</i> )	T3	
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	
CALAN SR ( <i>verapamil er</i> )	T3	HD
CAMZYOS	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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (nifedipine)	T3	HD
PROCARDIA XL (nifedipine er)	T3	HD
SULAR (nisoldipine)	T3	HD
taztia xt (Tiazac)	T1	HD
tiadylt 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
<b>SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS</b>		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
cardiolegic (Plegisol)	T1	
MICROPLEGIA	T3	
PLEGISOL	T3	
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
digitek (Lanoxin)	T1	HD
digoxin (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (digitek)	T3	HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
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
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
DILATRATE-SR	T2	HD
GONITRO	T3	
ISORDIL ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T3	HD
<i>nitro-bid</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	
NITROMIST ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROSTAT ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
<i>nitro-time</i>	T1	HD
<b>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE</b>		
ADEMPAS	T4	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
<b>ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP</b>		
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
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
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
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril (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
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
<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
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)</b>		
<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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
CARDURA ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	QL HD
CARDURA XL	T3	QL (30 Units/30 days) HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	QL HD
MINIPRESS ( <i>prazosin hcl</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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos



## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)</b>		
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T2	QL HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (Benicar HCT)	T1	HD
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> (Micardis HCT)	T1	HD
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (Diovan HCT)	T1	HD
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine-olmesartan</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine</i> (Twyinsta)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ( <i>quinapril hcl</i> )	T3	HD
ALTACE ( <i>ramipril</i> )	T3	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Prinivil)	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN ( <i>benazepril hcl</i> )	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)</b>		
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T3	HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T3	
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSER	T3	PA HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
CATAPRES ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS ( <i>clonidine</i> )	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 1)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 2)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 3)	T1	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES</b>		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE ( <i>sorine</i> )	T3	HD
BETAPACE AF ( <i>sorine</i> )	T3	HD

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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)</b>		
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
CORGARD ( <i>nadolol</i> )	T3	HD
HEMANGEOL	T3	HD
LOPRESSOR ( <i>metoprolol tartrate</i> )	T3	HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl er</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sorine</i>	T1	HD
<i>sorine</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol</i>	T1	HD
<i>sotalol</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol af</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN ( <i>atenolol</i> )	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate/hctz</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (Lopressor HCT)	T1	HD
<i>propranolol hcl-hctz</i>	T1	HD
TENORETIC ( <i>atenolol-chlorthalidone</i> )	T3	HD
ZIAC ( <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> )	T3	HD
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTRUNA 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
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
BIDIL	T3	
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin (Vytorin)</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3</b>		
EVKKEEZA	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T4	SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA	T2	
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<i>atorvastatin (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
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<i>cholestyramine (Questran)</i>	T1	HD
<i>cholestyramine light (Questran Light)</i>	T1	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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## 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
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA</b>		
NAMZARIC	T2	ST HD

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

#### AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN 50 MG FILM	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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b>		
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
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.</b>		
AMPYRA ER 10 MG TABLET	T5	PA QL (30 Caps/30 Days) SP HD
<i>dalfampridine er (Ampyra)</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T2	PA SP
RUZURGI	T2	PA SP
<b>MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)</b>		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	SP PA QL (1 kit/30 days)
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)</b>		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 Syr/23 Days)
<b>AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA</b>		
GRALISE	T3	ST

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS</b>		
<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
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos



## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
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>roweepra</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
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<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
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3</b>		
WAKIX	T5	PA QL SP HD
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES</b>		
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP
<b>ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)</b>		
FULPHILA	T4	PA QL (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
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA</b>		
DOPTELET	T4	PA QL SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD
<b>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)</b>		
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b>		
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
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS (cont.)</b>		
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING ( <i>eluryng</i> )	T3	
<b>ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES</b>		
NEXPLANON	T2	SP
<b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA ( <i>medroxyprogesterone</i> )	T3	QL (1 ML/68 Days)
DEPO-SUBQ PROVERA	T3	QL (1 ML/68 Days)
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera)	T1	QL (1 ML/68 Days) PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES</b>		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>		
<i>afirmelle</i>	T1	HD PPACA
AFTERA ( <i>aftera</i> )	T3	QL HD PPACA
<i>altavera</i>	T1	HD PPACA
<i>alyacen</i>	T1	HD PPACA
<i>amethia</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethia lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethyst</i>	T1	HD PPACA
<i>apri</i>	T1	HD PPACA
<i>aranelle</i>	T1	HD PPACA
<i>ashlyna</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>aubra</i>	T1	HD PPACA
<i>aubra eq</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>aurovela 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>aviane</i>	T1	HD PPACA
<i>ayuna</i>	T1	HD PPACA
<i>azurette</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>balziva</i>	T1	HD PPACA
<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
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)</b>		
<i>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
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
<b>DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES</b>		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T4	SP
LILETTA	T5	SP
MIRENA	T4	SP
PARAGARD T 380-A	T5	SP
SKYLA	T4	SP
<b>ANTICONCEPTIVOS (Varios)</b>		
<b>PRESERVATIVOS</b>		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)</b>		
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate</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
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
BROMFED-DM ( <i>bromfed dm</i> )	T3	
<i>bromipheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
M-END PE	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i>	T1	
<i>promethazine w/codeine</i>	T1	
TUSSICAPS	T3	PA
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
Z-TUSS AC	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN AC	T3	
<i>g tussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin with codeine</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guiatussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
MAR-COF CG	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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

<b>DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP (cont.)</b>		
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
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
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
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
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
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIHIAMÍNICOS NASALES</b>		
<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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE ANTIHISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
DYMISTA ( <i>azelastine-fluticasone</i> )	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES</b>		
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (15.8 PS)	T3	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (9.9 PS)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (5.9, 9.9)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (9.1, 15.8)	T2	
flunisolide	T1	QL HD
fluticasone propionate	T1	QL HD
mometasone (Nasonex)	T1	QL HD
NASACORT ALLERGY RELIEF 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY RELIEF 24 hour SPRAY (16.9 PS)	T2	
NASONEX	T5	ST SP
RHINOCORT ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY	T2	
RHINOCORT AQUA NASAL SPRAY	T2	
SINUVA	T5	SP HD
XHANCE	T3	ST QL HD
<b>PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 Units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
<b>PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>flac otic oil</i> )	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<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
<b>AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
<b>LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA
<b>ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)</b>		
BETADINE	T3	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS</b>		
DEXTENZA	T3	
DEXYCU	T3	
DUREZOL	T3	ST
EYSUVIS	T3	PA QL (MAX 8.3ml/14 Days)
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML ( <i>fluorometholone</i> )	T3	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T5	SP
INVELTYS	T5	ST
<i>ketorolac (Acular LS)</i>	T1	
<i>ketorolac (Acular)</i>	T1	
KLARITY-B (BETAMETHASONE-CHOND)	T3	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX DROPS ( <i>loteprednol etabonate</i> )	T3	
LOTEMAX GEL, OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
OZURDEX	T4	SP
PRED FORTE ( <i>prednisolone</i> )	T3	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	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
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
TRIESENCE	T3	
YUTIQ	T5	SP
<b>IRRIGACIÓN OCULAR</b>		
<i>balanced salt (BSS)</i>	T1	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	T3	
<i>proparacaine hcl (Alcaine)</i>	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl (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
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
OMIDRIA	T3	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T3	
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	

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
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	T3	ST HD
ALPHAGAN P 0.15% DROPS ( <i>brimonidine tartrate</i> )	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	HD
DORZOLAMIDE HCL	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	T3	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt PF)	T1	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
LATANOPROST	T3	HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
MIOCHOL-E	T3	HD
<i>miostat</i> (Miostat)	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine</i>	T1	HD
<i>atropine</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIDRIÁTICOS (cont.)</b>		
MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
<b>ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.</b>		
EYLEA	T4	PA SP
MACUGEN	T3	PA
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
BEOVU	T5	PA SP
BEVACIZUMAB	T5	SP
LUCENTIS	T5	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOSOL	T3	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T3	PA HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTARAN	T4	SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIPO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T4	PA SP HD
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
AMVISC	T5	SP
AMVISC PLUS	T5	SP
<i>biolon</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
<b>AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS</b>		
JETREA	T2	
<b>ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA</b>		
CELLUGEL	T3	
MEMBRANEBLUE	T3	
<i>ocucoat</i> (Cellugel)	T1	
VISIONBLUE	T3	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	T3	
<i>denta 5000 plus</i>	T1	
<i>dentagel</i>	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sf</i>	T1	
<i>sf 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride enamel protect</i>	T1	
<i>sodium fluoride sensitive</i>	T1	
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>		
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	PA
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)</b>		
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)</b>		
BAQSIMI	T2	QL
<i>dex4 glucose</i>	T1	
GLUCAGEN	T2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	T2	QL
<i>gluco burst</i>	T1	

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
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
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>reliion</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS ( <i>dex4 glucose</i> )	T3	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b>		
XURIDEN	T4	SP
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)</b>		
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
<i>acetate</i>	T1	
AURYXIA	T3	
CALCIUM 667mg	T3	QL (360 Tabs/30 Days)
<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	
RENEVELA ( <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
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)</b>		
VELPHORO	T2	QL (120 Tabs/20 Days)
VELTASSA	T2	ST QL (30 Packets/30 Days)
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
<i>chloride</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>chloride</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>chloride</i> (K-Tab ER)	T1	
<i>effer-k</i>	T1	
<i>klor-con</i>	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>klor-con m</i>	T1	
<i>klor-con m</i> (Klor-Con M15)	T1	
<i>klor-con-ef</i>	T1	
K-TAB	T3	
<i>k-tab</i> (Klor-Con 8)	T1	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)</b>		
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
<i>er</i> (Urocit-K)	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCI-K ( <i>potassium er</i> )	T3	HD
<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
LOVAZA ( <i>omega-3 acid ethyl esters</i> )	T3	PA HD

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

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

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

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
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)</b>		
<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
<b>SALES BILIARES</b>		
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
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
<i>mesalamine</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Rowasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Sfrowasa)	T1	
ROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	

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

<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
<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
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
<i>OCALIVA</i>	T4	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
<i>VOWST CAPSULE</i>	T5	SP
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
<i>SUCRAID</i>	T4	SP
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
<i>PEPCID (famotidine)</i>	T3	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
<i>VIBERZI</i>	T2	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
<i>LINZESS</i>	T2	QL (30 Units/30 days)
<i>TRULANCE</i>	T2	
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
<i>ENTYVIO</i>	T2	PA SP HD
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>		
<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
<b>AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4</b>		
ZELNORM	T3	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3</b>		
alosetron hcl (Lotronex)	T1	SP HD
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
alophen pills (Dulcolax)	T1	PPACA
bisacodyl (Dulcolax)	T1	PPACA
bisa-lax (Dulcolax)	T1	PPACA
citroma (Citroma)	T1	
clearlax (Miralax)	T1	PPACA
clearlax (Miralax)	T1	
constulose	T1	
ducodyl (Dulcolax)	T1	
gavilax (Miralax)	T1	PPACA
gavilyte-g (Golytely)	T1	PPACA
gavilyte-n (Nulytely)	T1	PPACA
gentle laxative (Correctol)	T1	PPACA
gentle laxative (Dulcolax)	T1	PPACA
gentlelax (Miralax)	T1	PPACA
glycolax (Miralax)	T1	PPACA
healthylax (Miralax)	T1	PPACA
KRISTALOSE	T3	
lactulose (Kristalose)	T1	
laxaclear (Miralax)	T1	PPACA
laxative (Dulcolax)	T1	PPACA
laxative peg 3350 (Miralax)	T1	PPACA
lubiprostone	T1	QL (60 caps/30 days)
magnesium (Citroma)	T1	
milk of magnesia	T1	
miralax	T1	PPACA
natura-lax (Miralax)	T1	PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (gavilyte-n)	T3	PPACA
of magnesia (Citroma)	T1	
peg 3350-electrolyte (Golytely)	T1	PPACA
peg 3350-electrolyte (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
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)</b>		
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>powderlax</i> (Miralax)	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>smoothlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
RECTIV	T2	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
ENTEREG	T3	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium</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
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<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

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL
XYOSTED	T3	PA QL (4 Autoinjectors/30 Days)
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP SOLUTION	T2	
DDAVP TABLET, NASAL SPRAY ( <i>desmopressin</i> )	T3	
<i>desmopressin acetate</i> (DDAVP)	T1	
NOCURNA	T3	PA QL (30 Units/30 days)
STIMATE	T2	
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>covaryx</i>	T1	HD
<i>covaryx h.s.</i>	T1	HD
<i>eemt</i>	T1	HD
<i>eemt hs</i>	T1	HD
<i>estrogen &amp; methyltestosterone</i>	T1	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA ( <i>amabelz</i> )	T3	HD
ALORA	T3	QL (8 Patches/21 Days) HD
<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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>jinteli</i>	T1	HD
<i>lopreeza</i> (Activella)	T1	
MENOSTAR	T3	QL (4 Patches/21 Days) HD
<i>mimvey</i> (Activella)	T1	HD
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
PREFEST	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T2	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>budesonide ec</i> (Entocort EC)	T1	
<i>budesonide er</i> (Uceris)	T1	
CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>decadron</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
DEXONTO	T3	
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

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO DR 4MG CAPSULE	T3	PA
UCERIS ( <i>budesonide er</i> )	T3	
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA	T4	PA
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPPO	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP
ZORBTIVE	T5	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
OMNITROPE	T4	PA SP
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T4	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
LUPANETA PACK	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
SYNAREL	T4	PA SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	
<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)
<b>SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL</b>		
LUPRON DEPOT-PED	T4	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T5	SP HD
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylgonovine 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

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

<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T4	PA QL SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)</b>		
ACTEMRA	T4	PA QL (2 SYR/21 Days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (2 Pens/21 Days) SP HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23</b>		
STELARA	T4	PA QL SP HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS</b>		
<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)
<b>INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)</b>		
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos



## Lista de medicamentos con receta

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
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
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<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>orphengesic 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)<sup>8</sup>

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

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

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)<sup>8</sup> (cont.)

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

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

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

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

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

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

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

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

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)<sup>8</sup>

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<i>methylphenidate er</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
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI</b>		
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD

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

#### 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

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

T1 – Genéricos

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<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)
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
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)
<b>BARBITÚRICOS</b>		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>seconal</i> (Seconal Sodium)	T1	QL (30 Units/30 days)
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
HETLIOZ	T5	PA QL (30 Units/30 days) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (30 Units/30 days)
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
<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	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
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
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b>		
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Intermezzo)	T1	QL (30 Units/30 days)
<i>zolpidem tartrate er</i> (Ambien CR)	T1	QL (30 Units/30 days)
ZOLPIMIST	T3	ST QL

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

#### IRRIGANTES

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

#### AGENTES OXIDANTES

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

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

#### AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-Ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA ( <i>methoxsalen</i> )	T3	
SKYRIZI (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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad 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
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)</b>		
METROLOTION ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metro lotion)	T1	
MIRVASO	T2	PA
NORITATE	T3	ST
RHOFADE	T3	PA
ROSADAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
SOOLANTRA	T3	ST QL (60GM/23 Days)
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
HYFTOR 0.2% GEL	T3	PA
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T3	ST QL (30 Units/30 days)
<b>AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS</b>		
QBREXZA	T3	PA
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
ALA-SCALP HP ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>beser</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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>clobetasol propionate</i>	T1	QL
CLOBEX SHAMPOO ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (263ML/23 Days)
CLOBEX SPRAY ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (125ML/23 Days)
CLOBEX TOPICAL LOTION ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (118ML/23 Days)
CLODAN	T3	ST
<i>clodan</i> (Clobex)	T1	QL (263ML/23 Days)
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	ST QL
CUTIVATE ( <i>baser</i> )	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
DESONATE	T3	ST
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN ( <i>desonide</i> )	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	QL (120GM/23 Days)
DIPROLENE ( <i>betamethasone diprop augmented</i> )	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	QL
<i>fluocinonide-e</i>	T1	QL (120 GM/23 Days)
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	QL
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	
<i>halobetasol propionate</i>	T1	
HALOG ( <i>halcinonide</i> )	T3	ST
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL (120GM/23 Days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid)	T1	QL (118ML/23 Days)
IMPOYZ	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
KENALOG ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	ST QL
LEXETTE	T3	ST
LUXIQ ( <i>betamethasone valerate</i> )	T3	ST
<i>mometasone</i>	T1	
<i>nolix</i> (Cordran)	T1	QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad 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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
NUCORT	T3	ST
OLUX ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (100 Units/23 Days)
OLUX-E ( <i>clobetasol emollient</i> )	T3	ST QL (100 Units/23 Days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>procto-med hc</i>	T1	
<i>procto-pak</i>	T1	
<i>proctosol-hc</i>	T1	
<i>proctozone-hc</i>	T1	
PSORCON ( <i>diflorasone di</i> )	T3	ST QL (120GM/23 Days)
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL (120 GM/23 Days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
<i>tovet emollient</i> (Olux-E)	T1	QL (100 Units/23 Days)
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	QL
<i>trianex</i>	T1	
<i>triderm</i>	T1	
TRIDESILON ( <i>desonide</i> )	T3	ST
ULTRAVATE	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM-HC ( <i>hc pramoxine</i> )	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T3	

T1 – Genéricos

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad 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) <sup>8</sup>		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)</b>		
NICORETTE ( <i>nicorelief</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICORETTE ( <i>nicotine gum</i> )	T2	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicoderm CQ)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>nicotine gum</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
NICOTROL	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
NICOTROL NS	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<i>quit 2</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>quit 4</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<i>stop smoking aid</i> (Nicorette)	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 Days Supply/365 Days) PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T3	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
EUTHYROX (Euthyrox/levothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Euthyrox/levothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Levo-T/levothyroxine)	T1	HD
<i>levothyroxine</i>	T1	HD
<i>levoxyl</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>liothyronine</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>nature-throid</i>	T1	
<i>np thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	
<i>unithroid</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>unithroid</i> (Levo-T)	T1	HD
<i>westhroid</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
TYBOST	T5	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR</b>		
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)
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDUCT. TRANSMEMB. (CFTR)</b>		
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T4	SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T4	PA QL SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
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)
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA (cont.)</b>		
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)		
<b>ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
FLUOROURACIL	T2	
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>leucovorin</i>	T1	
MESNEX	T2	SP
VISTOGARD 10GM PKT	T4	PA QL (20 pkts/30days) SP
<b>AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T3	
STERITALC	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> )	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
<b>AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2</b>		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
<b>AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO</b>		
PROTHELIAL	T3	
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
GELCLAIR	T3	
MUGARD	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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## 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
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
EPISIL	T3	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T3	
<b>AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA</b>		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
XEROSTOMIA RELIEF	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
FORTEO	T4	PA QL (1 Pen/21 Days) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T4	SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR ( <i>paricalcitol</i> )	T5	SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
<b>AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
KEVEYIS	T5	PA ST SP
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
CARBAGLU	T4	SP HD
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
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
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate</i>	T1	
ANTABUSE ( <i>disulfiram</i> )	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
ESBRIET	T5	PA QL (90 tabs/30 days) SP ST HD
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T1	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>cryoserv</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN ( <i>nitisinone</i> )	T5	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
<i>chloride</i>	T1	
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T1	QL (30 Units/30 days) HD
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>		
STRENSIQ	T4	PA SP
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO</b>		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
<b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE</b>		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>		
CHEMET	T2	PA
<i>clovique</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD

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
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)</b>		
FERRIPROX	T5	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (clovique)	T5	PA SP HD
trientine hcl (Syprine)	T1	PA SP HD
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO 0.4 MG VIAL	T5	PA SP
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T5	PA QL SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
KUVAN	T4	PA SP HD
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
<b>SOLVENTES</b>		
dy-o-derm	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
isopropyl alcohol	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
<b>EXCIPIENTES</b>		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)</b>		
<b>INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4</b>		
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)</b>		
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>		
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
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS (cont.)</b>		
<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-1

ARCALYST	T5	PA SP HD
----------	----	----------

#### ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1

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

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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES</b>		
<i>buprenorphine 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 ALFAI PARA TRATAR LA HPB

<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN ( <i>dutasteride-tamsulosin</i> )	T3	ST HD

#### AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

CYSTAGON	T4	SP
----------	----	----

#### AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

THIOLA	T5	SP
THIOLA EC	T5	SP

#### AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEPT. ADRENÉRGICOS BETA 3

GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD

#### ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)

<i>darifenacin er</i>	T1	HD
ENABLEX ( <i>darifenacin er</i> )	T3	ST
<i>fesoterodine er tablets (generic)</i>	T1	ST
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T1	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 límites de costos compartidos

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
DITROPAN XL ( <i>oxybutynin chloride er</i> )	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T2	QL (30 Units/30 days) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</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
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)</b>		
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
<b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>super b-complex w/vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>vitamin b complex with c</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>multivitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>mvc-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d &amp; fluoride</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>		
<i>b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>balance b</i>	T1	HD PPACA
<i>balanced b-complex</i>	T1	HD PPACA
<i>dialyvite 800</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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<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 &amp; c</i>	T1	HD PPACA
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL	T2	ST QL (4 Devices/30 Days)
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
<i>calcitriol</i> (Rocaltrol)	T1	HD
DRISDOL ( <i>vitamin d2</i> )	T3	HD
ROCALTROL ( <i>calcitriol</i> )	T3	HD
<i>vitamin d2</i> (Drisdol)	T1	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
MEPHYTON ( <i>phytonadione</i> )	T3	QL
<i>phytonadione</i>	T1	
<i>vitamin k</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad 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 médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

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

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

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

# Índice de medicamentos

## A

abacavir.....	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>B</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	<b>C</b>	
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
brompheniramin-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	crotan.....	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	<b>D</b>	
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
drosiprenone-eth estra-levomef.....	79, 80	elinest.....	80
drosiprenone-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
<b>E</b>		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	<b>F</b>	
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
fingolimod .....	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	<b>G</b>	
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	<b>H</b>	
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
HYPERSAL .....	131	INVOKAMET .....	44
HYPOLANCE .....	110	iodine .....	96, 126
HYPROMELLOSE .....	132	IODOFLEX .....	126
HYRIMOZ .....	46	IODOSORB .....	126
HYSINGLA ER .....	22	IOPIDINE .....	92
<b>I</b>		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
<b>J</b>		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	<b>L</b>	
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
<b>K</b>		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	<b>M</b>	
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	<b>N</b>	
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	<b>O</b>	
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	<b>P</b>	
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
orphengestic 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	<b>Q</b>	
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
<b>R</b>		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
<b>S</b>		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	<b>T</b>	
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	<b>U</b>	
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
tropium 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
<b>V</b>		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
VECAMYL .....	70	VIVJOA .....	40
VECTICAL .....	121	VIVOTIF .....	61
velivet .....	84	VIZIMPRO .....	51
VELPHORO .....	96	VOGELXO .....	104
VELTASSA .....	96	VOLTAREN .....	120
VEMLIDY .....	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	VYNDAQEL .....	132
vicodin hp .....	21	VYVANSE .....	116

## Índice de medicamentos

VYZULTA.....	91	ZANAFLEX.....	113
<b>W</b>		zarah.....	84
WAKIX.....	78	ZARONTIN.....	78
warfarin.....	38	ZARXIO.....	78
WEGOVI.....	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
<b>X</b>		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
<b>Y</b>		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
<b>Z</b>		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 medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



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

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

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

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

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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